

**Revisión de la evidencia empírica disponible sobre los modelos de intervenciones  
cognitivo conductuales para el Trastorno Bipolar**

**Lina Margarita Manotas Llanos**



**Universidad de la Costa, CUC**

**Facultad de Ciencias Humanas y Sociales**

**Programa de Psicología**

**Barranquilla**

**2020**

**Revisión de la evidencia empírica disponible sobre los modelos de intervenciones  
cognitivo conductuales para el Trastorno Bipolar.**

**Lina Margarita Manotas Llanos**

**Tutor(a): Mg. Eileen García Montaña**

**Cotutor(a): Mg. Paola García Roncallo**

**La correspondencia relativa a este trabajo debe ser dirigida a Lina Margarita  
Manotas Llanos, Programa de Psicología, Universidad de la Costa. Barranquilla –  
Colombia. Email: lmanotas6@cuc.edu.co**

**Universidad de la Costa, CUC**

**Facultad de Ciencias Humanas y Sociales**

**Programa de Psicología**

**Barranquilla**

**2020**

**Nota de aceptación**

---

---

---

**Firma de la Decana del Departamento de Ciencias Sociales**

---

**Firma del Decano de Facultad de Ciencias Humanas y Sociales**

---

**Firma de la Directora del Programa de Psicología**

---

**Firma Líder de Grupo de Investigación de Evolutiva y Psicopatología**

---

**Firma de Tutora**

---

**Firma de Co-tutora**

---

**Firma Juez Interno**

---

**Firma Juez Externo**

**Barranquilla, agosto 10 de 2020**

**Mg. Eileen García Montaña**

Líder del grupo de investigación Evolutiva y Psicopatología

E.S.M.

Atentamente me permito hacerle la entrega formal del Trabajo de grado titulado “Revisión de la evidencia empírica disponible sobre los modelos de intervenciones cognitivo conductuales para el Trastorno Bipolar” presentado por la estudiante Lina Margarita Manotas Llanos.

Como Co-tutora considero que el trabajo de grado cumple satisfactoriamente con los criterios de calidad y rigor científico. El trabajo consolidado en este documento evidencia la suficiencia de las competencias investigativas de la estudiante, por lo tanto, comedidamente solicito su colaboración para someterlo a evaluación de jurados.

Sea esta la oportunidad también, para expresar mis felicitaciones por su trabajo, compromiso y dedicación a Lina, quien desarrolló su estudio cumpliendo con los estándares de calidad exigidos para los estudios de revisión teórica, materializando una contribución científica significativa a la consolidación de la evidencia probada de tratamientos psicológicos de los trastornos bipolares.

Gracias por su atención,



**Paola Andrea García Roncallo**

**CC. 1.140.841.407**

**Profesora Tiempo Completo - Investigadora**

**Departamento de Ciencias Sociales**

### **Agradecimientos**

Gracias a Dios y a la vida por darme la oportunidad de finalizar este logro que he adquirido con tanto amor y dedicación.

Le doy infinitas gracias a mis padres por siempre apoyarme, porque nunca dudaron en mí y fueron muy pacientes en este proceso. Gracias a mi hermana que en su distancia sigue mis pasos, que desea mis logros y objetivos como si fueran suyos.

Agradezco de todo corazón a mis tutoras, Eileen García y Paola García, por su dedicación, preocupación y compañía en el ámbito académico y personal. Gracias por acompañarme en esta maravillosa experiencia. También le agradezco a toda la familia C2.

Muchas gracias a todas las personas que estuvieron pendientes y me regalaron la mejor energía del mundo.

### Resumen

Los modelos teóricos de las intervenciones cognitivo-conductuales son eficaces en la regulación del sistema circadiano y el funcionamiento social del individuo. Esta investigación tiene como objetivo comparar la evidencia empírica de los modelos de intervención cognitivo conductuales del TB en adultos a la luz de los indicadores de eficiencia. Las bases de datos seleccionadas para la revisión teórica fueron: Scopus, Science Direct y Pubmed. Se utilizaron los siguientes términos de búsqueda: a) términos teóricos (psychologist, intervention, behavior, cognitive, treatment) y b) términos del constructo (bipolar, cyclothimia, euthimic, mania), se utilizó el operador booleano “AND” y para la selección de artículos se tuvo presente los criterios de inclusión. Como resultados de la investigación se obtuvo la reducción de la carga familiar, mejoría de la calidad de vida, organización de las actividades diarias y control de emociones; sin embargo, los seguimientos de estudios deben ser de mayor longitud para evaluar con precisión la eficiencia del tratamiento. En conclusión, las intervenciones cognitivo conductuales para el Trastorno Bipolar son eficaces, pero, se debe revisar la experiencia clínica y teórica para la claridad del proceso investigativo. Se recomienda revisar los indicadores de eficiencia y de limitación y la elección de una metodología investigativa adecuada.

**Palabras clave:** Tratamiento Cognitivo Conductual, Trastorno Bipolar, estados del humor, psicoterapia

### **Abstract**

The theoretical models of cognitive-behavioral interventions are effective in regulating the circadian system and the social functioning of the individual. This research aims to compare the empirical evidence of cognitive-behavioral intervention models of TB in adults in the light of efficiency indicators. The databases selected for the theoretical review were: Scopus, Science Direct and Pubmed. The following search terms were used: a) theoretical terms (psychologist, intervention, behavior, cognitive, treatment) and b) construct terms (bipolar, cyclothimia, euthimic, mania), the Boolean operator "AND" was used and the inclusion criteria were taken into account for the selection of articles. The results of the research include a reduction in the family burden, improvement in the quality of life, organization of daily activities and control of emotions; however, the follow-up studies must be longer in order to accurately evaluate the efficiency of the treatment. In conclusion, cognitive-behavioral interventions for Bipolar Disorder are effective, but, clinical and theoretical experience should be reviewed for the clarity of the research process. It is recommended to review the indicators of efficiency and limitation and the choice of an adequate research methodology.

**Key words:** Cognitive behavioral therapy, Bipolar Disorder, mood disorder, psychotherapy.

**Contenido**

Lista de tablas y figuras .....	10
Introducción .....	11
Planteamiento del problema .....	13
Formulación del problema .....	15
Justificación .....	15
Marco teórico.....	18
Antecedentes del modelo cognitivo conductual.....	18
Modelos de las intervenciones cognitivo conductual para el Trastorno Bipolar .....	19
Modelo cognitivo conductual.....	19
Modelo integrativo para los cambios del estado del humor.....	23
Intervenciones cognitivo conductuales para el Trastorno Bipolar.....	26
Objetivos.....	30
Objetivo General .....	30
Objetivos Específicos.....	30
Metodología.....	31
Tipo de investigación .....	31
Variable de estudio.....	31
Muestra.....	32
Procedimiento .....	33
Presupuesto.....	35
Cronograma .....	35
Resultados.....	37
Caracterización indicadores eficientes.....	38



Caracterización indicadores de limitación .....	46
Comparación de los modelos teóricos de intervención Cognitivo Conductual a la luz de los indicadores de eficiencia.....	51
Discusión .....	62
Referencias .....	64
Anexos .....	79

**Lista de tablas y figuras****Tablas**

Tabla 1 Operacionalización de la variable.....	32
Tabla 2 Muestra .....	33
Tabla 3 Indicadores de eficiencia .....	39
Tabla 4 Indicadores de limitación.....	47

**Figuras**

Figura 1 Modelo desarrollado para la regulación de los estados del humor para el Trastorno Bipolar.....	25
Figura 2 Modelo de inestabilidad de Sorensen en el estado de ánimo. ....	52
Figura 3 Objetivos y niveles de los mecanismos de acción.....	53
Figura 4 Modelo de intervención cognitivo conductual para el Trastorno Bipolar.....	54
Figura 5 Terapia Dialéctica Comportamental.....	55
Figura 6 Regulación del estado del humor circadiano para la ciclotimia.....	56
Figura 7 Modelo desarrollado para la regulación de los estados del humor para el Trastorno Bipolar.....	57
Figura 8 Modelo de Fallon terapia familiar conductual.....	58
Figura 9 Mindfulness Basado en la Terapia Cognitiva para la Depresión.. ....	59
Figura 10 Enfoque del tratamiento focalizado en la familia para el Trastorno bipolar.. ....	60
Figura 11 Terapia familiar educacional.. ....	61

## Introducción

El Trastorno Bipolar (TB) es un trastorno psiquiátrico crónico, grave e incapacitante. Es un problema de salud pública por su magnitud, costo e impacto en la vida de los individuos, familiares, comunidades y sociedad (Belmaker, 2004, p.2454).

La evidencia empírica ha demostrado eficacia en la prevención de recaídas y mejoría de los síntomas en diferentes episodios del TB (Lam et al., 2009; Scott & Etain, 2011; Vieta, 2018). Sin embargo, al evaluar la eficacia de la intervención psicológica no hay un mantenimiento en la mejoría de los síntomas (Jahuar, Mckenna & Laws, 2016, p. 3). Para determinar la comprobación de un tratamiento, la metodología Práctica Basada en la Evidencia (PBE) debe cumplir con tres componentes: la experiencia clínica, los valores del paciente y la mejor evidencia de investigación en el proceso de toma de decisiones para la atención del paciente (Sackett, 2002, p.1).

Este trabajo investigativo tiene como objetivo caracterizar los indicadores de impacto y de limitación, de acuerdo a las tres generaciones de las intervenciones cognitivo conductuales para el TB en adultos. Para cumplir con el propósito, se muestra la magnitud de la prevalencia del TB, el impacto a nivel mundial y nacional, la carga de la enfermedad y la necesidad de una atención integral y oportuna. Los tratamientos psicológicos han resultado eficaces, aunque hay factores que limitan el curso de la intervención.

El segundo apartado de esta investigación son los antecedentes, luego se presentan y describen las tres generaciones de las intervenciones cognitivo conductuales para el TB en adultos, de acuerdo a sus principales autores y modelos teóricos.

El tercer apartado son los resultados desglosados en tres secciones: primero, la caracterización de los indicadores de eficiencia; segundo, la caracterización de los indicadores de

limitación y por último, la comparación de los modelos teóricos de las intervenciones cognitivo conductuales a la luz de los criterios de eficiencia.

La revisión de la evidencia empírica concluye que hay eficiencia en la regulación emocional, en la reducción de hospitalizaciones y en la consciencia de la enfermedad. No obstante, las limitaciones de los modelos de intervención son la falta de adherencia al tratamiento, la interrupción de los ciclos circadianos y las fluctuaciones en los síntomas del TB.

### **Planteamiento del problema**

La OMS (2019) estima que alrededor de 45 millones de personas en todo el mundo padecen TB con una prevalencia del 1% para el Trastorno Bipolar I (TBI), 1.1 % para el Trastorno Bipolar II (TBII) y 2.4% para las formas no especificadas de los Trastornos Bipolares (Merikangas et al., 2007 p.543). En el año de 1998 el Ministerio de Salud indicó que la prevalencia de TBI se estimaba alrededor del 1.2% y del 0.5% para el TBII, y en ambos casos con mayor frecuencia para hombres. Ese mismo reporte informó que las prevalencias más altas correspondían a los departamentos de Córdoba, La Guajira y el Distrito Capital (Ministerio de Salud, 1998). Un informe más reciente por el Ministerio presentó que la prevalencia para toda la vida es del 1.3% para TBI y 0.2% para TBII (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015). Adicionalmente, un estudio realizado en la ciudad de Medellín arrojó que la prevalencia de TB en hombres es del 1.78% y del 1.24% en mujeres (Universidad CES, 2012 p. 73).

La carga de la enfermedad y la proporción de discapacidad del TB en Colombia es del 1.7% con un comienzo habitual en la infancia y adolescencia (OMS y OPS, 2018) y ha sido una de las primeras causas de consulta en la ciudad de Barranquilla en el año 2010 presentando mayormente cuadros de episodios maníacos (Secretaria Distrital de Salud Pública, 2015).

A pesar de los altos índices de prevalencia, aún no hay suficientes recursos humanos y financieros dedicados a la atención de la salud mental en los países de bajos y medianos ingresos (OMS, 2014). La OPS (2016) afirma que en Latinoamérica los recursos destinados para afrontar los trastornos mentales están distribuidos desigual e ineficazmente presentando deficiencias en la rehabilitación psicosocial. En Colombia, el modelo de atención presenta amenazas y oportunidades donde el diagnóstico clínico de la enfermedad se ha cualificado con la incorporación de nuevas técnicas, tratamientos y fármacos; sin embargo, el cuidado del enfermo

se ha visto afectado como consecuencia de la reducción de los recursos destinados a la salud mental (Ministerio de la Protección Social, 2005; Ministerio de Salud, 2015).

El TB afecta severamente las áreas de ajuste de los individuos que la padecen. Por lo tanto, en el ámbito social suele impactarse la productividad causando ausencia en el área laboral y aumentando las tasas de desempleo; del mismo modo, las relaciones familiares se dificultan debido que cada episodio de la enfermedad es estresante para las dos partes y se interrumpe el equilibrio familiar, las relaciones sexuales y la estabilidad en la participación de actividades sociales, estos factores alteran el curso del TB y, cambian la actitud y la forma de vida del individuo (Colom, Martínez, Benabarre et., 2002; Lee et al., 2017).

El pronóstico del TB suele estar comprometido cuando coexiste con trastornos como el obsesivo compulsivo, el déficit de atención e hiperactividad, y de personalidad; o hay abuso de sustancias alcohólicas y está relacionado con las tasas de suicidio y mortalidad (McElroy et al., 2001; Marangoni, De Chiara y Faedda, 2015). Iniciar la intervención temprana del TB modifica el curso de la enfermedad positivamente; al respecto, existen dos tipos de tratamientos, la farmacoterapia y las intervenciones psicosociales, aunque el más usado ha sido el tratamiento farmacológico no es suficiente debido a la adherencia negativa y el alto riesgo de comportamientos adversos (Colom, et al., 2005; González- Isasi, 2010; Vieta, 2013).

Por su parte, las intervenciones psicosociales mejoran la calidad de vida de los pacientes y la de su familia, así también, reduce la tasa de hospitalizaciones y de recaídas (Becoña y Lorenzo, 2001; Scott y Colom, 2007). Sin embargo, hay limitaciones que modifican el curso de las mismas; de los programas de intervención con mayor citación han demostrado que el Tratamiento Cognitivo Conductual es significativo para personas con pocos episodios (Scott et al., 2006 p. 125). Asimismo, Costa et al. (2011) concluyó que el Tratamiento Cognitivo

Conductual Grupal es efectivo si se excluyen los pacientes con manía o depresión severa y si se realiza seguimiento para evaluar si los pacientes mantuvieron los síntomas que mejoraron en la intervención del programa.

Por tanto, los pacientes eutímicos con pocos episodios tienen mayor adherencia al tratamiento, aquellos con síntomas graves la eficacia es deficiente, al igual que cuando no se evalúa el impacto de las intervenciones y no hay un seguimiento adecuado la efectividad es difícil de identificar (Becoña y Lorenzo, 2001; Cardoso et al., 2014; Deep et al., 2015; Murray et al., 2015; Reinares et al., 2014; Scott y Colom, 2007; Van Dijk et al., 2013; Colom et al. 2009)

### **Formulación del problema**

A partir de lo anterior, la presente investigación pretende responder la siguiente pregunta problema:

*¿Cuál es la evidencia empírica disponible sobre la eficiencia de los modelos de las intervenciones cognitivo-conductuales del Trastorno Bipolar en adultos?*

### **Justificación**

Las políticas públicas y los organismos internacionales y nacionales tienen entre sus propósitos mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas, su objetivo es diseñar políticas que garanticen la promoción, prevención, diagnóstico y rehabilitación (Henaó et al., 2016). Los servicios de salud mental deben ser de tipo multisectorial para optimizar el sistema de salud mental y ampliar la cobertura de atención (OMS y OPS, 2014; OMS 2013). En consecuencia, se recomienda involucrar al sector salud y educativo para la creación de estrategias educativas y disminuir la tasa de mortalidad y morbilidad (Ministerio de Salud, 2015).

En Colombia las Instituciones Prestadores de Salud, tienen cobertura para la atención de personas con Trastornos Afectivos Bipolares en la modalidad de atención ambulatoria, domiciliaria, hospital de día, unidades de salud mental y urgencia de psiquiatría (Ministerio de Salud, 2018). Los servicios en salud mental incluidos en el Plan de Beneficios en Salud para todo afiliado en el Sistema General de Seguridad Social en Salud son; la psicoterapia ambulatoria y la atención con internación en salud mental, esta última aplica en una fase aguda de la enfermedad donde la integridad del individuo se encuentre en peligro (Ministerio de Salud, 2018).

Existen diferentes factores que afectan el curso del tratamiento con pacientes bipolares; entre estos están la alta utilización de estabilizadores del estado de ánimo (eficacia que disminuye cuando la persona ha sufrido varios episodios), los altos costos de tratamientos psiquiátricos, ambulatorios, de servicios de salud en general y de posterior atención; y no empezar inmediatamente con un tratamiento especializado después de los primeros síntomas (Grande, Birmaher y Vieta, 2015; Chávez, Benítez, Ontiveros, 2014; Kessing et al., 2013; González et al., 2012; Pardo, Fierro y Ibáñez 2011; González et al., 2011).

Las intervenciones cognitivo conductuales que han aportado a la calidad de vida del paciente son la psicoeducación grupal y la terapia dialéctica comportamental (Eisner et al., 2017; González, Echeburúa, Limiñana y González, 2014). La primera, mejora la actitud y el comportamiento del paciente, así como también la reducción de síntomas y números de hospitalizaciones a través de los años (Chatterton et al., 2017; Oud et al., 2016; Perlick et al., 2010; Colom et al., 2009; Scott et al., 2006). La segunda intervención, ha mostrado que reduce la desregulación emocional y aporta al bienestar individual (Eisner et al., 2017 p.7).

Sobre estas intervenciones no hay suficiente evidencia respecto a su funcionamiento adecuado, especialmente si hay respuestas emocionales porque son de difícil medición. Se



recomienda que este no sea el único tratamiento debido a que en el TB las respuestas desadaptativas a estímulos exteriores son mucho más frecuentes (Johnson, Tharp, Peckham, & McMaster, 2016; Phillips et al., 2008; Johnson et al., 2007).

Esta investigación se fundamenta desde la PBE que hace referencia a la integración de la mejor evidencia investigativa, la experticia clínica y al valor único que se le da al paciente (Strauss, Glasziou, Richardson & Hayness, 2019). De este modo, se cumple con uno de los criterios dispuestos en la PBE; que es la búsqueda de investigaciones clínicas y con metodología sólida sobre problemas relevantes (Strauss, Glasziou, Richardson & Hayness, 2019).

El aporte de esta investigación se direcciona en tres ámbitos. El primero es profundizar científicamente según lo propuesto en la Encuesta Nacional de Salud Mental, donde se incentiva a desarrollar investigaciones nuevas y diversas que amplíen el sustento y la comprensión de las intervenciones de los trastornos mentales (Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias, 2015).

En el ámbito social según lo dispuesto en la Política Nacional de Salud Mental se pretende promover y prevenir la salud mental en las comunidades, y fortalecer los servicios de salud con enfoque de atención primaria (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

Finalmente, desde el ámbito institucional contribuye significativamente al grupo de investigación Cultura, Educación y Sociedad, así como a la línea de investigación, “Neurociencia cognitiva y salud mental”, con la sublínea “Clínica y salud mental a lo largo del ciclo vital” de la Corporación Universidad de la Costa a través del semillero de investigación Cognitivo Conductual, suscrito al grupo de Investigación Cultura, Educación y Sociedad.

### **Marco teórico**

Esta sección se focaliza en la profundización teórica que se enmarca el diseño de esta investigación. Iniciando con la contextualización histórica y teórica del modelo cognitivo conductual, la evolución de la terapia conductual, es decir, las tres generaciones, seguido de las intervenciones utilizadas del modelo cognitivo conductual para el TB.

#### **Antecedentes del modelo cognitivo conductual**

Labrador (2008) plantea el desarrollo histórico del modelo cognitivo conductual en cinco momentos principales. El primer momento estuvo marcada por el establecimiento de la ley de condicionamiento de Pavlov, y la formulación del efecto de Thorndike en 1926, seguido del trabajo de Watson que fundó la escuela conductista y deja su legado junto a Rayner en 1920 con el caso del niño Albert, demostrando que el miedo se puede obtener por medio de un condicionamiento clásico.

El segundo momento, comprende las fechas de 1938- 1958 con las teorías neoconductistas, los autores principales son Hull, Guthrie, Tolman y Skinner, que aplicaron los principios del aprendizaje en la modificación y mejora del comportamiento humano (Labrador, 2008 p.36). Por otro lado, Skinner concibe la conducta explicable, predecible y controlable a partir de las relaciones funcionales con sus antecedentes y consecuentes ambientales, además, Eysenck (1952) expone que las psicoterapias en el tratamiento de la neurosis no eran superiores a la recuperación espontánea y da a conocer que la psicoterapia en trastornos mentales no es eficaz (Labrador, 2008).

Como tercer momento entre las fechas de 1958 a 1970 se consolida las técnicas de la modificación de la conducta con el desarrollo de nuevos tratamientos psicológicos fundamentados de la psicología del aprendizaje, tales como, técnicas operantes, técnicas

aversivas, habilidades sociales, relajación, entre otras, en este periodo las técnicas de la modificación de la conducta son numerosas y forman un importante conjunto de procedimientos técnicos a disposición de los psicólogos; al igual se aplican las técnicas en problemas del lenguaje, autismo, retraso mental, fobia, disfunciones sexuales y problemas de aserción, al final de este periodo comienzan a publicarse los primeros manuales de técnicas de la modificación de la conducta (Labrador, 2008 p.36).

El cuarto momento, la expansión, se desarrollan técnicas cognitivas como la inoculación de estrés, terapia racional- emotiva, reestructuración cognitiva, solución de problemas, terapia cognitiva de Beck, sensibilización encubierta; además los tratamientos empiezan a ser más complejos combinando técnicas y patrones conductuales generales (Labrador, 2008p.40).

El quinto momento llamado la reconceptualización este consolida los conocimientos en psicología con el procesamiento de la información, la explicación de los trastornos y la fundamentación de los tratamientos, además se hace visible el interés en la investigación con respecto al estudio de los problemas y procesos emocionales ligados a la intervención en el campo clínico (Labrador, 2008p.42).

## **Modelos de las intervenciones cognitivo conductual para el Trastorno Bipolar**

### **Modelo cognitivo conductual**

El modelo cognitivo conductual según Labrador (2008) da importancia a aspectos cognitivos para regular y producir un cambio en la conducta, teniendo en cuenta la identificación de los pensamientos para su modificación. Básicamente se enfatiza en el uso de técnicas conductuales dentro de un modelo cognitivo que surge con la Terapia de la Conducta como enfoque terapéutico desde los desarrollos experimentales de la teoría del aprendizaje (Caro, 2009; Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012). El progreso de la TC se compone en tres generaciones. La

primera generación la representan Ivan Pavlov, B.F. Skinner y Joseph Wolpe lo máximos exponentes del conductismo (Mckay & Tryon, 2017 p.2). Esta generación se focalizó en el condicionamiento clásico y el aprendizaje operante (Kahl, Winter & Schweiger, 2012).

Inicialmente, Pavlov descubrió que algunos estímulos provocan el comportamiento incondicionalmente, mientras que otros estimulan el comportamiento bajo algunas condiciones, estas relaciones de respuesta de estímulo desaparecen cuando esas condiciones ya no se cumplen, este proceso lo llamó extinción; el condicionamiento pavloviano también se conoce como condicionamiento clásico porque fue el primer tipo de condicionamiento descubierto (McKay & Tryon, 2017 p.2 ). Asimismo Mower y Mower en 1938, emplearon el tratamiento de la enuresis con el método de campana y almohadilla introducido y es el primer tratamiento conductual con apoyo empírico (McKay & Tyron. 2017p.3).

Por su parte, Skinner observó que el comportamiento aumentaba en frecuencia cuando ciertos estímulos seguían la emisión de una respuesta y llamó a estos estímulos reforzadores porque hicieron más probable la respuesta del objetivo, adicionalmente, usó la tecnología de cambio de comportamiento llamada análisis de comportamiento aplicado, se fundamentó en los principios de comportamiento con respaldo empírico y fueron desarrollados por la ciencia del condicionamiento operante (McKay & Tryon, 2017p.2).

Finalmente, Wolpe, médico pionero en el tratamiento del miedo en Sudáfrica, focalizó su trabajo en condicionar gatos generándoles miedo para luego disminuir sus niveles de temor, nombrando su tratamiento desensibilización sistemática y lo dividió en tres fases:

Fase 1: ejercicios de relajación muscular profunda

Fase 2: clasificar las características de los estímulos

Fase 3: emparejar los estímulos con la relajación, comenzando con el estímulo menos temido, hasta que ese estímulo no produjera miedo (Mckay & Tryon, 2017 p.3).

La segunda generación, liderada por el trabajo conceptual y clínico de Aarón Beck y Albert Ellis (Mckay & Tryon, 2017 p.3). Aarón Beck fue entrenado en la tradición psicoanalítica, pero encontró este enfoque ineficaz para tratar la depresión y la ansiedad, notó que sus clientes depresivos tenían pensamientos automáticos que no parecían estar respaldados por hechos, por esta razón desarrollo su técnica conocida como, la reestructuración cognitiva, es un método terapéutico primordial que implica asignar a los pacientes, tareas donde se les pide que recopilen datos para ver si sus pensamientos, sentimientos y atribuciones están respaldados empíricamente, esta evidencia se utiliza como parte de un proceso de reestructuración cognitiva donde se corrigen los sesgos cognitivos (Mckay & Tryon, 2017 p.3).

Por su parte Ellis se entrenó en la tradición psicoanalítica, pero no encontró un objetivo claro en el proceso terapéutico, este autor observó que los clientes se involucraban en una variedad de pensamientos irracionales. Por tanto, decidió focalizar su trabajo en el papel patológico de la catastrofización y llamó a su combinación de terapia conductual y cognitiva terapia de comportamiento racional emotiva (TREC) (Mckay & Tryon, 2017 p.4).

La TREC incluye elementos contenidos en la terapia cognitiva, la diferencia es que Ellis determinó su terapia en un enfoque filosófico para gestionar las creencias irracionales en la vida cotidiana (Mckay & Tryon, 2017p.4).

La tercera generación, contextualiza lo conductual asociándolo con la aceptación y la atención plena, representada por Stephen Hayes, Marsha Linehan y Zindel Segal (Mckay & Tryon, 2017 p.4).

Stephen Hayes es el autor principal de la terapia de aceptación y compromiso, el objetivo es romper con las creencias fundamentales, que hacen referencia a los procesos psicológicos "normales" que a menudo son destructivos y crean sufrimiento psicológico para todos los individuos en algún momento de la vida, también intenta cambiar o evitar la angustia psicológica en lugar de aceptarla a uno mismo (Mckay & Tryon, 2017 p.4). La Terapia de la Aceptación y del Compromiso se basa en seis principios básicos:

1. Difusión cognitiva. La difusión implica específicamente el acoplamiento del lenguaje interno angustiante de la experiencia emocional.
2. Aceptación. Permitirse experimentar sentimientos desagradables en lugar de luchar con ellos y tratar de deshacerse de ellos.
3. Contacto con el momento presente. Estar completamente involucrado en lo que estás haciendo en ese momento en lugar de preocuparte por algo más.
4. El yo observador. Comprender que no eres lo mismo que tus pensamientos, sentimientos, impulsos y recuerdos.
5. Valores. Aclarar cuáles son los valores más importantes, para desarrollar un plan de comportamiento de acuerdo con los valores del paciente.
6. Acción comprometida. Establecer metas.

Por otro lado, Marsha Linehan quién sufrió un Trastorno de Personalidad Límite, se sintió decepcionada por la terapia que recibió, así que desarrolló su propia forma de Terapia Cognitiva Conductual que incluyen características de la Terapia Dialéctica Comportamental, y así demostró su eficacia en el Trastorno de Personalidad Límite (Mckay & Tryon, 2017 p.5). Este tratamiento se organiza en cuatro conjuntos de habilidades:

1. La atención plena implica vivir en el momento presente y no pensar en los problemas personales.
2. La tolerancia a la angustia implica vivir y tolerar las emociones dolorosas sin tratar de cambiarlas
3. La efectividad interpersonal se trata de pedir directamente lo que quieres sin ser agresivo ni sumiso.
4. La regulación emocional implica modular las emociones.

Para finalizar, Zindel Segal, Mark Williams y John Teasdale modificaron la terapia cognitiva al incluir elementos el programa de reducción de estrés del Mindfulness de Jon Kabat-Zinn para reducir la recaída en pacientes deprimidos que fueron tratados con terapia cognitiva tradicional (McKay & Tryon, 2017 p.5). El Mindfulness basado en la Terapia Cognitiva se basa en cómo las personas experimentan su tristeza y emociones relacionadas a su pensamiento, su principal objetivo es experimentar el momento presente sin hacer juicios (Mckay & Tryon, 2017 p.5).

### **Modelo integrativo para los cambios del estado del humor**

El modelo Cognitivo Integrativo de acuerdo con Mansella, Morrison, Reid y Lowens (2007), se aplica mejor para los Trastornos Bipolares, pero también fue creado para ayudar a explicar los cambios de humor subclínicos y las fluctuaciones de humor en otras afecciones, como el trastorno de ansiedad. El modelo se expone en la (figura.1)

Los cambios en el estado internos, las personas con TB pueden experimentar fluctuaciones en su estado interno antes de los episodios de cambios de ánimo intenso, y esa fluctuación puede incrementar la probabilidad de aumentar los síntomas cognitivos (Mansella et al., 2007 p.518).

Cambios en estado interno teniendo en cuenta el significado personal, los cambios internos son subjetivos y son interpretados por cada individuo según su experiencia, esta interpretación se caracteriza por significados personales extremos positivos y negativos propensos al conflicto, este tipo de respuestas conductuales son evaluadas para identificar las creencias subyacentes; el modelo propone que no solo se evalúe los altos estados de activación, sino también los estados de activación baja como el cansancio y la fatiga puesto que, en esa etapa se activan creencias importantes (Mansella et al, 2007p.519).

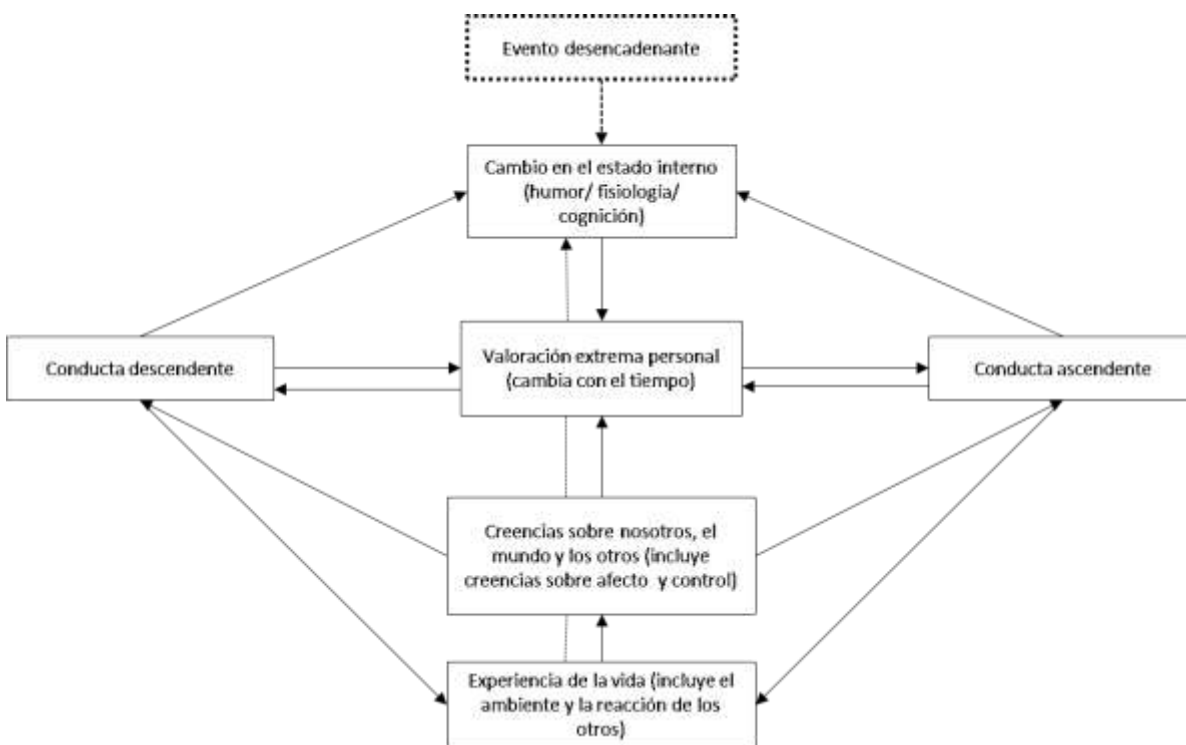
Los componentes comportamentales, se clasifican en dos tipos: los comportamientos de ascenso y el comportamiento descendente. Los comportamientos de ascenso son provocados por evaluaciones personales extremas de alteraciones en el estado interno y se intensifican los síntomas contribuyendo al desarrollo de síntomas maníacos; los comportamientos descendentes, son comportamientos que contribuyen a los estados de ánimo bajo, en el modelo la caracterizan por depresión bipolar, que muchas veces es el resultado de superar las consecuencias adversas de estados de ánimos bajos o altos (Mansella et al., 2007 p.519).

Creencias sobre nosotros, el mundo, los otros, el afecto y la regulación afectiva, la experiencia de la vida y los eventos cotidianos contribuyen a creencias sobre nosotros, el mundo, los otros y el afecto que se establezcan rápidamente en el sistema cognitivo, se ha reportado que este tipo de creencias y actitudes en pacientes bipolares son equivalentes a personas con depresión unipolar (Mansella et al., 2007p. 520).

Experiencias de la vida y el ambiente, este modelo incorpora eventos que ocurren en el diario vivir y se clasifica en tres etapas diferentes. Primero, se ha evidenciado que las experiencias tempranas adversas están asociadas con el desarrollo de síntomas bipolares, del mismo modo niveles bajos de cuidado materno predicen la prevalencia de manía a lo largo de la



vida (Mansella et al., 2007p. 520). La siguiente etapa son los eventos parcialmente independientes, son eventos que siguen los efectos de los comportamientos ascendentes y descendentes que contribuyen a los cambios internos del estado de ánimo y la creencia; por último, los eventos de vida dependiente, hace referencia cuando una persona experimenta el ciclo vicioso de un episodio varias veces, dejando una serie de eventos dañinos para la vida, como el ingreso de hospitalizaciones, las relaciones rotas y la estigmatización, además estas experiencias desencadenan cambios de creencias (Mansella et al., 2007 p. 521).



*Figura 1.* Modelo desarrollado para la regulación de los estados del humor para el Trastorno Bipolar. De “The Interpretation of, and Responses to, Changes in Internal States: An Integrative Cognitive Model of Mood Swings and Bipolar Disorders,” por W, Mansell. A, Morrison. G, Reid, I. Lowens, S. Tai, 2007, *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35, p.520.

### **Intervenciones cognitivo conductuales para el Trastorno Bipolar**

Esta sección contiene las intervenciones cognitivo conductuales para el TB:

Psicoeducación: individual, grupal y breve. Tratamiento Cognitivo Conductual, Tratamiento Cognitivo Conductual focalizado en la recuperación, Terapia Dialéctica Comportamental y Mindfulness basado en la Terapia Cognitiva.

#### ***Psicoeducación***

La psicoeducación la define Gumus, Buzlu y Cakir (2015) como un enfoque estructurado y pedagógico de la enfermedad, donde su objetivo es desarrollar un cambio permanente en el paciente.

El programa psicoeducativo estructurado para un paciente con TB se puede llevar a cabo de la siguiente manera; el primer paso es transmitir la información adecuada al paciente sobre todo lo relacionado al TB cómo se presentan los episodios maníacos, depresivos, hipomaniacos y mixtos con sus respectivos síntomas e informar sobre las causas del TB, la frecuencia, el número de episodios y mitos sobre la enfermedad (Gumus et al., 2015 p. 174).

Segundo, proporcionar información sobre los signos de alerta temprana de la enfermedad, formas de enfrentar episodios maníacos o depresivos, localizar la atención médica más cercana y, tercero, que el paciente entienda la eficacia de los medicamentos y los posibles efectos secundarios, en este apartado se da a conocer sobre el efecto de la medicación, el uso regular de los medicamentos y los efectos sobre los niveles séricos de litio, carbamazepina y valproato, también los efectos de afrontamiento, cumplimiento e incumplimiento del tratamiento. Por último, se educa en las habilidades de comunicativas, lenguaje corporal y resolución de problemas (Gumus et al., 2015 p. 175).

La psicoeducación se clasifica en: *psicoeducación grupal*, su objetivo es igual al general, es decir, generar consciencia sobre la enfermedad, detectar tempranamente los síntomas prodrómicos y regular el estilo de vida, esta intervención puede conformarse por un grupo de 8 a 12 personas (Colom et al., 2009 p. 264). *Psicoeducación breve*, que cumple con los mismos criterios de la psicoeducación, pero busca una intervención más corta de lo habitual (Cardoso et al., 2014 p.900). *Psicoeducación familiar*, el objetivo es proporcionar a las familias conocimientos que les ayuden a mejorar la comprensión del trastorno y hacer ciertos cambios en sus actitudes y optimizar el comportamiento (Reinares et al., 2002 p. 4).

### ***Tratamiento Cognitivo Conductual***

Tiene como objetivo reducir la angustia emocional, los niveles de estrés e incrementar un comportamiento adaptativo en pacientes con problemas en salud mental, así mismo de maximizar la adherencia de la farmacoterapia (Simos & Beck, 2002; Juerena 2012; Wenzel, 2017). Las tareas del Tratamiento Cognitivo Conductual son las siguientes; educar al paciente sobre su enfermedad, que entiendan la etiología, el curso del trastorno para ayudarse a sí mismo a combatirlo y aumentar el empoderamiento.

Probar la realidad del pensamiento del paciente, que realice ejercicios que le ayuden a reconstruir sus pensamientos cuando son demasiado pesimistas o positivistas; seguido del instruir al paciente en la práctica de solución de problemas para abordar sus problemas reales de manera efectiva sin descuidarlos o exacerbarlos (Simos & Beck, 2002).

También controlar la tendencia del paciente a ser impulsivo en el episodio hipomaniaco, aquí se le debe ayudar al paciente a realizar técnicas de autocontrol, se debe explicar las razones y los beneficios de la autolimitación y la paciencia, otra tarea es modular las expresiones de afecto del paciente, ejecutándose a través del modelado juegos de rol, retroalimentación de

audio, video, relajación y otras técnicas. por último, contrarrestar la desorganización y la distracción del paciente realizándose mediante el uso de estrategias que maximizan la planificación, el enfoque y la repetición (Simos & Beck, 2002).

Las estrategias más utilizadas por los terapeutas cognitivos conductuales son; la reestructuración cognitiva, activación conductual, exposición y resolución de conflictos (Wenzel, 2017).

La primera técnica es *la reestructuración cognitiva* es un proceso donde los clínicos ayudan al paciente a reconocer, evaluar y modificar los pensamientos mal adaptativos el terapeuta aplica la reestructuración a situaciones específicas que surgen en momentos de estrés o adversidad como las creencias negativas (Wenzel, 2017 p. 2).

Otra técnica, la *activación conductual*, ayuda a los pacientes a volver a participar en su vida activamente haciendo cosas que les permitan cuidarse a sí mismos; contribuir a sus familias, sus profesiones y la sociedad en general que trae una sensación de logro y placer esta técnica incorpora el monitoreo y la programación de actividades (Wenzel, 2017 p. 2 ).

La siguiente técnica se denomina *exposición*, es el contacto sistemático con un estímulo o situación temida para facilitar la extinción o la reducción de la conducta; finalmente, *la resolución de conflictos* ayuda al cliente a identificar los problemas que pueden interferir en los objetivos para poner en práctica las soluciones (Wenzel, 2017p. 6).

### ***Tratamiento Cognitivo Conductual focalizado en la recuperación***

Este tipo de tratamiento es un proceso personal y único para cambiar las actitudes, valores, sentimientos, habilidades o roles de la persona. Es una manera de vivir una vida satisfactoria, esperanzadora incluso con las limitaciones, causadas por la enfermedad, la

recuperación es el desarrollo de un nuevo significado y propósito en la vida del individuo (Jones et al., 2015).

Los siguientes elementos se utilizan el Tratamiento Cognitivo Conductual focalizado en la recuperación:

- Identificación de los objetivos de la terapia para la recuperación.
- Formulación inicial de las relaciones entre las experiencias de ánimo y el progreso hacia los objetivos de recuperación.
- Identificación y aplicación de técnicas de TCC para abordar y facilitar el afrontamiento positivo.
- Consideración de problemas de funcionamiento más amplios en relación con la recuperación.
- Desarrollo y finalización del plan de recuperación.
- Compartir lecciones de la terapia y sus puntos claves.

### ***Terapia Dialéctica Comportamental***

De acuerdo con Van Dijk, Jeffrey & Katz (2013) el tratamiento se diseñó para ayudar individuos con problemas para regular las emociones, y las dificultades, con bases de Mindfulness. Esta intervención se focaliza en el cuidado del comer y dormir, en la necesidad de hacer ejercicio y abstenerse de consumir drogas o alcohol, también enseña, la tolerancia del estrés para ayudar al paciente en situaciones de crisis; habilidades para la regulación emocional tales como, información general sobre las emociones, habilidades para ayudar a reducir y tolerar emociones dolorosas (Van Dijk, Jeffrey y Katz, 2013 p. 391).

La TDC tiene unos principios fundamentales; el cambio es inevitable y constante, la realidad es individual de cada ser humano, en síntesis, la dialéctica principal en TDC es la

aceptación y el cambio; además la TDC posee estrategias cognitivo conductual, que incluye, análisis conductual, exposición manejo de contingencia, resolución de conflictos, aceptación de estrategias y reestructuración cognitiva (Feigenbaum, 2018 p. 114).

### ***Mindfulness basado en la Terapia Cognitiva***

Esta terapia reciente se utiliza para tratar afecciones psiquiátricas. Incorpora la atención plena con una gama de técnicas diseñadas para que trabajen el consciente, en la que incluyen meditación, instrucción de cómo relacionar los pensamientos, el cuerpo y las emociones (Perich, Manicavasagar, Mitchell, et al., 2012). Se ha encontrado que esta terapia en pacientes con TB ha obtenido efectos positivos en la reducción de la ansiedad, síntomas maníacos e ideación suicida (Weber et al., 2010 p.335).

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Comparar la evidencia empírica de los modelos de intervención cognitivo conductuales del Trastorno Bipolar en adultos a la luz de los indicadores de eficiencia.

### **Objetivos Específicos**

Caracterizar los indicadores de eficiencia de los modelos de intervención cognitivo conductuales para la atención de adultos con Trastorno Bipolar.

Caracterizar las limitaciones de los estudios empíricos relativos a los modelos de intervención cognitivo conductuales para la atención de adultos con Trastorno Bipolar.

Comparar los modelos de intervención cognitivo conductuales para la atención del Trastorno Bipolar con los indicadores de eficiencia identificados.

## **Metodología**

### **Tipo de investigación**

Esta investigación se sustenta desde el paradigma Empírico - Analítico concebido como un proceso sistemático y riguroso de indagación dirigida que reflejan de forma directa, las propiedades de los objetos, fenómenos y procesos (Zayas, 2010). Según su finalidad es un estudio teórico, dado que presenta avances en estudios de revisión, actualización, comparación y análisis crítico de teorías o modelos en un determinado campo (Montero y León, 2007 p. 849) de tipo clásico, puesto que gestionan la revisión de ideas sin utilizar estadísticos (Montero y León, 2007 p. 850). En particular constituye una revisión agregativa (Fernández- Ríos y Buela- Casal, 2009) con un alcance analítico sintético, que descompone un objeto, fenómeno o proceso en los principales elementos que lo integran para analizar, valorar y conocer sus particularidades, y simultáneamente a través de la síntesis, se integran vistos en su interrelación como un todo (Zayas, 2010).

### **Variable de estudio**

La variable central del constructo son las intervenciones cognitivo conductuales del TB, puesto que este es el objetivo central de la investigación. A continuación, en la tabla 1, se demuestra la Operacionalización de la variable con su definición y dimensiones.

Tabla 1

*Operacionalización de la variable*

Variable	Definición	Generación	Características
Intervenciones cognitivo conductuales	Disminuir la cogniciones distorsionadas o conductas disfuncionales, empleando técnicas de exposición, reestructuración cognitiva y entrenamiento en habilidades sociales (Fullana, Fernández de la Cruz, Bulbenan et al., 2012).	Primera	Son las primeras terapias eficaces fundamentadas en experimentos. Teniendo en cuenta lo relacionado al condicionamiento clásico y operante. (Martin & Pear, 2008).
		Segunda	Esta generación no solo se focaliza en la psicología del aprendizaje, sino en otros aspectos como los cognitivos y sociales (Caro, 2009).
		Tercera	Esta generación no solo se focaliza en la psicología del aprendizaje, sino en otros aspectos como los cognitivos y sociales (Caro, 2009).

*Fuente:* elaboración propia

**Muestra**

Por ser un proyecto de revisión teórica la muestra se compone de artículos científicos.

Se dividió en dos muestras: la primera muestra corresponde a artículos empíricos y la segunda muestra son artículos de revisión teórica de los modelos cognitivo conductuales que se usaron en la primera muestra de revisiones de tipo empírica. Los artículos de la primera muestra se componen en: 14 ensayos controlados aleatorizados, 4 estudios de casos, 4 ensayos clínicos pilotos aleatorizados y controlados, 2 estudios pilotos y 1 ensayo clínico controlado.



Tabla 2  
*Muestra*

Criterios	Muestra 1	Muestra 2
Descripción	El diseño metodológico para las intervenciones cognitivo conductuales serán los siguientes: Ensayos controlados aleatorizados aleatorizados. Estudios de caso Ensayos clínicos pilotos aleatorizados y controlados. Estudios pilotos Ensayo clínico controlado	El diseño metodológico para el modelo de intervención serán los siguientes: Revisiones teóricas
Criterios de inclusión	Constructo: intervenciones de los modelos cognitivo conductuales de primera, segunda y tercera generación de TB. Población: adultos 18 a 65 años. Tipo de tratamiento: servicios médicos de salud mental y ambulatorios. Tipo de estudios: empíricos Idioma: inglés y español.	Constructo: modelos teóricos de las intervenciones cognitivo conductuales del TB. Tipo de estudios: revisión teórica. Idioma: inglés y español.
Criterios de exclusión	Constructo: sintomatología psicótica, esquizoide y esquizofrénica. Población objetivo: pacientes pediátricos, adolescentes y geriátricos.	Constructo: sintomatología psicótica, esquizoide y esquizofrénica. Población objetivo: pacientes pediátricos, adolescentes y geriátricos.

*Fuente:* elaboración propia

## Procedimiento

### *Fase 1. Diseño de protocolo de búsqueda*

Se realizará un proceso de búsqueda de estudios, que tendrá en cuenta lo siguiente; bases de datos especializadas (Scopus, Science Direct, Web of Science, Pubmed) los artículos serán en idioma (español e inglés), se utilizaron los siguientes términos de búsqueda agrupados en dos grupos de palabras: a) términos teóricos (psychologist, intervention, behavior, cognitive,

treatment) b) términos del constructo (bipolar, cyclothimia, euthimic, mania), se utilizó el operador booleano “AND”, y los criterios de inclusión y exclusión descritos (tabla 2).

### ***Fase 2. Selección de los artículos***

La elección de los estudios se ejecutará por medio de un cuadro en formato Excel (Anexo A), donde se almacenará información como: estudio, generación, título de la investigación, año de publicación, resumen/Abstract, idioma, revista y DOI, se examinarán los resúmenes para descartar que no cumplan con los criterios de elegibilidad.

### ***Fase 3. Indicadores de eficiencia y limitación de las intervenciones Cognitivo Conductuales***

Para la identificación de los indicadores de eficiencia, se revisarán los artículos seleccionados en la fase 2, se realiza una base de datos en Excel (Anexo B) en la que se identificarán las técnicas que funcionaron en las intervenciones cognitivo conductuales. Los indicadores de limitación se extraen de la revisión del Anexo A estudios elegibles.

### ***Fase 4. Evidencia probada sobre los modelos de intervenciones Cognitivo Conductuales***

Se extraerán los modelos cognitivo conductuales de los estudios elegibles (Anexo A) y se creará una base de datos en Excel (Anexo B) donde se organizan los modelos teóricos de cada estudio, para comparar los modelos de las intervenciones e identificar los indicadores de eficiencia y limitación.

### Presupuesto

En la tabla 3 se presenta el presupuesto del proyecto de investigación.

Tabla 3

#### *Cronograma*

Rubros	Cantidades	Valor unitario	Valor total	Efectivo	Especie
Gastos personales					
Almuerzos	10	7.000	70.000	X	
Transportes	30	2.000	60.000	X	
Estudiantes investigadores	1	300000	300.000	X	
Total parcial			430.000		
Materiales Gastables					
Energía					X
Internet	1	82000	82.000	X	
Impresión	1	10000	10.000	X	
Total parcial			92.000		
Equipos					
Computador	1	830000	830.000		X
Total parcial			1.352.000		
Improvisto	5%		67.600		
Total			1.419.600		

*Fuente:* elaboración propia

### Cronograma

En la tabla 4 se muestra el cronograma por fases para la ejecución y cumplimiento de la investigación.

Tabla 4

*Cronograma*

Cronograma de investigación	2019																															
	Mes 5				Mes 6				Mes 7					Mes 8				Mes 9				Mes 10				Mes 11						
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4			
Fase 1. Diseño de protocolo de búsqueda.	■																															
Fase 2. Selección de los artículos					■																											
Fase 3. Indicadores de eficiencia de las intervenciones Cognitivo Conductuales.									■																							
Fase 4. Evidencia probada sobre los modelos de intervenciones Cognitivo Conductuales.																					■											

*Fuente:* elaboración propia

## Resultados

La presente investigación buscó comparar la evidencia empírica de los modelos de intervención cognitivo conductuales del TB en adultos a la luz de indicadores de eficiencia derivadas de las revisiones de artículos empíricos. Entendiendo estos indicadores de eficiencia como aquellas técnicas terapéuticas que han resultado funcionales durante el proceso de intervención y los indicadores de limitación como aquellos factores que restringen el desarrollo de los estudios empíricos.

Esta investigación se caracteriza por tener dos muestras documentales, la primera muestra de artículos empíricos se obtuvo lo siguiente: la caracterización de indicadores de eficiencia de las intervenciones cognitivo conductuales y la caracterización de indicadores de limitación de dichas intervenciones. A partir de estos estudios se extrajeron los modelos teóricos utilizados en cada una de las intervenciones cognitivo conductuales.

Los artículos expuestos en la tabla 5 y 6 son producto de la búsqueda bibliográfica de las siguientes bases de datos especializadas: Scopus, Science Direct y Pubmed. Se tuvieron en cuenta sólo aquellos artículos que cumplieron con los criterios de inclusión dispuestos en el apartado de metodología. Para verificar su validez se almacenaron en una tabla de Microsoft Excel (Anexo A) con el fin de evaluar el cumplimiento de dichos criterios. Finalmente se eligieron 26 estudios, de los cuales se extrajo la evidencia empírica de los modelos teóricos de las intervenciones cognitivo-conductuales para el tratamiento del Trastorno Bipolar. El análisis de estos se realizó mediante una matriz en Microsoft Excel (Anexo B).

Esta sección se divide en tres partes: caracterización indicadores eficiente, caracterización indicadores limitantes y la comparación de los modelos teóricos de las intervenciones cognitivo conductuales.

**Caracterización indicadores eficientes**

En este apartado se caracterizó cada uno de los artículos seleccionados, primero se identificó el concepto de Trastorno Bipolar asumido por cada estudio y se clasificaron por primera, segunda y tercera generación, según correspondió. Finalmente, se reconocieron las estrategias efectivas de las intervenciones y los resultados relevantes de cada estudio. La tabla 5 dispone los principales hallazgos. La mayoría de las intervenciones mejora la calidad de vida de los pacientes y reduce la carga familiar.

Tabla 5

*Indicadores de eficiencia*

Estudio	Definición	Generaciones de las terapias									Indicadores de eficiencia								Resultados							
		Primera			Segunda			Tercera			PE	RAD	HS	AP	DST	RE	PR	REC		IPM	TA	FP	HC	RC		
		HS	HC	RAD	PE	RC	DST	PR	IPM	REC	AP	RE	TA	FP												
Eisner et al. (2017)	El TB implica una desadaptación exagerada de respuestas maladaptativas a estímulos emocionales.			X						X	X	X					X							X	El aumento de la atención plena y reducción de la desregulación emocional.	
Zaki et al. (2014)	Este trastorno afecta la vida de los pacientes y la de su familia.		X			X	X															X	X		Enseñar al paciente y su familia sobre el trastorno mejoró la carga familiar.	
Jones et al. (2012)	No registra																X								No coincide	No registra

**Nota.** Higiene del Sueño (HS); Habilidades Comunicativas (HC); Registro de Actividades Diarias (RAD); Psicoeducación (PE); Resolución de Conflictos (RC); Detección de Síntomas Tempranos (DTS); Prevención de Recaídas (PR); Identificación de Pensamientos Maladaptativos (IPM); Reestructuración Cognitiva (REC); Atención Plena (AP); Regulación Emocional (RE); Tolerancia a la Angustia (TA); Funcionamiento Psicosocial (FP).

Continuación tabla 5

Estudio	Definición	Generaciones de las terapias											Indicadores de eficiencia							Resultados						
		Primera			Segunda				Tercera				PE	RAD	HS	AP	DST	RE	PR		REC	IPM	TA	FP	HC	RC
		HS	HC	RAD	PE	RC	DST	PR	IPM	REC	AP	RE														
Colom et al. (2009)	No registra			X				X				X	X													La psicoeducación mejoró el comportamiento a lo largo de los años.
Sorensen et al. (2006)	Es una enfermedad mental recurrente que ocurre con graves consecuencias secundarias.			X			X					X	X												X	Reducción de sentimientos de desesperanza y control del humor.
Totterdell et al. (2012)	Este trastorno crea un deterioro funcional asociado con angustia emocional.	X	X								X														X	La variación diurna en el estado de ánimo se redujo después de la TCC.

**Nota.** Higiene del Sueño (HS); Habilidades Comunicativas (HC); Registro de Actividades Diarias (RAD); Psicoeducación (PE); Resolución de Conflictos (RC); Detección de Síntomas Tempranos (DTS); Prevención de Recaídas (PR); Identificación de Pensamientos Maladaptativos (IPM); Reestructuración Cognitiva (REC); Atención Plena (AP); Regulación Emocional (RE); Tolerancia a la Angustia (TA); Funcionamiento Psicosocial (FP).



Continuación tabla 5

Estudio	Definición	Generaciones de las terapias										Indicadores de eficiencia								Resultados					
		Primera			Segunda				Tercera			PE	RAD	HS	AP	DST	RE	PR	REC		IPM	TA	FP	HC	RC
		HS	HC	RAD	PE	RC	DST	PR	IPM	REC	AP														
Kaplan et al. (2018)	La inercia del sueño es prominente en el TB.	X		X		X						X	X	X	X										Aumentar la actividad matutina a través de una rutina de Rise - Up mejora el sueño y la actividad diaria.
Perlick et al. (2010)	El TB afecta el ambiente familiar y la de sus cuidadores.			X		X		X	X				X				X								Reducción significativa en el porcentaje de recurrencia de manía/hipomanía.
González - Isasi et al. (2010)	No registra	X	X			X	X		X	X													X		Efectiva en la calidad de vida.
Gomes et al. (2011)	No registra					X	X		X								X						X		Mejoría en recaídas.

*Nota.* Higiene del Sueño (HS); Habilidades Comunicativas (HC); Registro de Actividades Diarias (RAD); Psicoeducación (PE); Resolución de Conflictos (RC); Detección de Síntomas

Tempranos (DTS); Prevención de Recaídas (PR); Identificación de Pensamientos Maladaptativos (IPM); Reestructuración Cognitiva (REC); Atención Plena (AP); Regulación

Emocional (RE); Tolerancia a la Angustia (TA); Funcionamiento Psicosocial (FP).

Continuación tabla 5

Estudio	Definición	Generaciones de las terapias											Indicadores de eficiencia						Resultados							
		Primera			Segunda				Tercera				PE	RAD	HS	AP	DST	RE		PR	REC	IPM	TA	FP	HC	RC
		HS	HC	RAD	PE	RC	DST	PR	IPM	REC	AP	RE														
Patelis - Siotis et al. (2001)	No registra	X	X		X	X						X														Funcionamiento psicosocial y mayor vitalidad.
Tortterdell & Kellet (2008)	No registra	X								X							X	X							X	Recuperación del humor, extendiendo el sueño y disminuyendo los niveles de ansiedad aguda.
Harvey et al. (2015)	La alteración del sueño como cambios del humor.	X			X	X								X	X											Disminución episodios de hipomanía/ manía.
Lam et al. (2003)	No registra	X			X			X									X		X						X	Disminución de síntomas depresivos y maníacos.

**Nota.** Higiene del Sueño (HS); Habilidades Comunicativas (HC); Registro de Actividades Diarias (RAD); Psicoeducación (PE); Resolución de Conflictos (RC); Detección de Síntomas Tempranos (DTS); Prevención de Recaídas (PR); Identificación de Pensamientos Maladaptativos (IPM); Reestructuración Cognitiva (REC); Atención Plena (AP); Regulación Emocional (RE); Tolerancia a la Angustia (TA); Funcionamiento Psicosocial (FP)

Continuación tabla 5

Estudio	Definición	Generaciones de las terapias												Indicadores de eficiencia								Resultados					
		Primera				Segunda				Tercera				PE	RAD	HS	AP	DST	RE	PR	REC		IPM	TA	FP	HC	RC
		HS	HC	RAD	PE	RC	DST	PR	IPM	REC	AP	RE	TA	FP													
Jones et al. (2008)	No registra	X				X	X	X		X						X			X	X					Mejoría en la detección de síntomas maniacos.		
Fiorillo et al. (2015)	No registra	X			X	X	X							X							X				Bienestar familiar.		
Cardoso et al. (2014)	El TB es crónico, recurrente y se caracteriza por oscilaciones de episodios del estado del ánimo.				X		X	X						X								X			Mejora los síntomas y la calidad de vida.		
Weber et al. (2010)	No registra									X						X		X							Control de emociones.		

*Nota.* Higiene del Sueño (HS); Habilidades Comunicativas (HC); Registro de Actividades Diarias (RAD); Psicoeducación (PE); Resolución de Conflictos (RC);

Detección de Síntomas Tempranos (DTS); Prevención de Recaídas (PR); Identificación de Pensamientos Maladaptativos (IPM); Reestructuración Cognitiva (REC);

Atención Plena (AP); Regulación Emocional (RE); Tolerancia a la Angustia (TA); Funcionamiento Psicosocial (FP).

Continuación tabla 5

Estudio	Definición	Generaciones de las terapias										Indicadores de eficiencia								Resultados					
		Primera			Segunda				Tercera			PE	RAD	HS	AP	DST	RE	PR	REC		IPM	TA	FP	HC	RC
		HS	HC	RAD	PE	RC	DST	PR	IPM	REC	AP														
González - Isasi et al. (2014)	El TB refractario son pacientes resistentes al tratamiento.	X	X	X	X	X	X	X				X			X		X	X			X	X			Alivia los síntomas de depresión, manía y ansiedad.
Madigan et al. (2012)	El TB es un problema de salud pública que debilita la calidad de vida de la familia.				X																X			Mejora la calidad de vida de los pacientes y cuidadores.	
Perich et al. (2013)	No registra				X					X				X											No registra
Hubbard et al. (2016)	El TB se asocia con la discapacidad del funcionamiento psicosocial.	X		X	X	X	X	X	X			X			X	X						X			Reducción de la carga del cuidador.

**Nota.** Higiene del Sueño (HS); Habilidades Comunicativas (HC); Registro de Actividades Diarias (RAD); Psicoeducación (PE); Resolución de Conflictos (RC); Detección de Síntomas Tempranos (DTS); Prevención de Recaídas (PR); Identificación de Pensamientos Maladaptativos (IPM); Reestructuración Cognitiva (REC); Atención Plena (AP); Regulación Emocional (RE); Tolerancia a la Angustia (TA); Funcionamiento Psicosocial (FP).

Continuación tabla 5

Estudio	Definición	Generaciones de las terapias											Indicadores de eficiencia								Resultados					
		Primera			Segunda				Tercera				PE	RAD	HS	AP	DST	RE	PR	REC		IPM	TA	FP	HC	RC
		HS	HC	RAD	PE	RC	DST	PR	IPM	REC	AP	RE														
Van Dijk et al. (2013)	Enfermedad crónica, discapacitante sin efectividad de tratamiento.				X							X	X	X				X		X	X					Manejo de las emociones.
Perich et al. (2012)	No registra				X		X				X							X								El Mindfulness reduce las creencias negativas.
Bernhard et al. (2006)	Se caracteriza por alternancias de eutimia y recurrencias.	X			X	X	X	X		X				X								X				Mejoría de la carga familiar.
Gumus, Buzlu y Caki (2015)	No registra	X			X	X	X	X					X					X		X						Factor protector a largo plazo.

*Nota.* Higiene del Sueño (HS); Habilidades Comunicativas (HC); Registro de Actividades Diarias (RAD); Psicoeducación (PE); Resolución de Conflictos (RC); Detección de Síntomas Tempranos (DTS); Prevención de Recaídas (PR); Identificación de Pensamientos Maladaptativos (IPM); Reestructuración Cognitiva (REC); Atención Plena (AP); Regulación Emocional (RE); Tolerancia a la Angustia (TA); Funcionamiento Psicosocial (FP)

De acuerdo con la tabla anterior se analiza que la estrategia más frecuente en la primera generación es la higiene de sueño y el registro de actividad diaria que se usa para establecer una rutina adecuada al paciente. En la segunda generación la psicoeducación se aplica en la mayoría de los estudios, además de, la reestructuración cognitiva, la detección temprana de los síntomas y la prevención de recaídas. En la tercera generación es usual la práctica de la atención plena y la regulación emocional.

Ahora bien, en los indicadores de eficiencia es recurrente la prevención de recaídas y el funcionamiento psicosocial. La psicoeducación ayuda a reducir el número de hospitalizaciones, a disminuir la tasa de mortalidad, a detectar los cambios del estado del humor y reducir la frecuencia de los episodios depresivos. Cuando la psicoeducación es orientada a la red apoyo, los cuidadores y/o familiares obtienen mayor conocimiento de la enfermedad, su angustia disminuye, los episodios depresivos son menos frecuentes, la comunicación es asertiva y se solucionan oportunamente los conflictos. El aporte sustancial del Mindfulness está relacionado con la mejora de las funciones ejecutivas.

### **Caracterización indicadores de limitación**

En la tabla 6 se analizan aquellos aspectos limitantes de las intervenciones reportadas en los 26 estudios empíricos identificados. Una vez identificadas las intervenciones se procedió a identificar los indicadores de limitación acorde a los resultados reportados en cada estudio, relacionados en la última columna de la tabla. Algunas investigaciones sugieren que se debe realizar seguimiento (entre 1 a 5 años) a las intervenciones para determinar su efectividad e identificar el tiempo que el paciente se mantiene en una fase de eutimia hasta una posible recaídas.

Tabla 6

*Indicadores de limitación*

Estudios	Intervenciones	Indicadores de limitación													Resultados
		TM	SC	PE	RH	AT	DT	FIP	EI	GC	BI	ET	CU	DM	
Eisner et al. (2017)	Terapia Dialéctica Comportamental					X			X						No grupo control.
Zaki et al. (2014)	Psicoeducación Familiar						X	X							Seguimiento del estudio por 5 años.
Jones et al. (2012)	Cognitivo Conductual Focalizada en la Recuperación								X						No grupo control.
Colom et al. (2009)	Psicoeducación Grupal			X											Especificar adherencia del tratamiento.
Sorensen et al. (2006)	Psicoeducación breve					X	X								Seguimiento del estudio por dos años.
Totterdell et al. (2012)	Cognitivo Conductual para la Ciclotimia										X				No generalizar los resultados.
Kaplan et al. (2018)	Cognitivo Conductual para el Insomnio								X						Evaluar la inercia del sueño.
Perlick et al. (2010)	Tratamiento Focalizado en la Familia							X							Mayor eficacia los que recibieron educación en salud.

**Nota.** Tamaño de la Muestra (TM); Sin Cambio Sintomatológico (SC); Prolongación del Estudio (PE); Rehospitalización (RH); Abandono del Tratamiento (AT);

Diferencia Terapéutica (DT); Falta de Interés en la Participación (FIP); Evaluación de Impacto (EI); Falta de un Grupo Control (GC); Bajo Interés (BI);

Efectividad del Tratamiento (ET); Caso Único (CU); Descripción del Medicamento (DM).

Continuación tabla 6

Estudios	Intervenciones	Indicadores de limitación										Resultados				
		TM	SC	PE	RH	AT	DT	FIP	EI	GC	BI		ET	CU	DM	
González - Isasi et al. (2010)	Cognitivo Conductual	X														Seguimiento de la intervención.
Patelis - Siotis et al. (2001)	Cognitivo Conductual Grupal							X	X							No es claro si la TCC es efectiva.
Tortterdell & Kellet (2008)	Cognitivo Conductual										X					Los resultados no generalizan otros casos.
Harvey et al. (2015)	Cognitivo Conductual para la Insomnia				X											Se recomienda un seguimiento de 6 meses.
Jones et al. (2008)	Cognitivo Conductual	X														Tamaño de la muestra pequeña.
Lam et al. (2003)	Terapia Cognitiva								X	X						Falta de medición de la rutina del sueño.
Fiorillo et al. (2015)	Psicoeducación Familiar							X								Falta de grupo control.
Cardoso et al. (2014)	Psicoeducación breve	X			X											Abandono de la intervención combinada.
Gomes et al. (2011)	Cognitivo Conductual Grupal							X								No se evaluó el impacto del manual.

*Nota.* Tamaño de la Muestra (TM); Sin Cambio Sintomatológico (SC); Prolongación del Estudio (PE); Rehospitalización (RH); Abandono del Tratamiento (AT);

Diferencia Terapéutica (DT); Falta de Interés en la Participación (FIP); Evaluación de Impacto (EI); Falta de un Grupo Control (GC); Bajo Interés (BI); Efectividad

del Tratamiento (ET); Caso Único (CU); Descripción del Medicamento (DM).



Continuación tabla 4

Estudios	Intervenciones	Indicadores de limitación										Resultados			
		TM	SC	PER	RH	AT	DT	FIP	EI	GC	BI		ET	CU	DM
Weber et al. (2010)	Mindfulness Basada en la Terapia Cognitiva			X									X		El tamaño de la muestra pequeña no permitió realizar análisis de los subtipos de TB (I y II)
González - Isasi et al. (2014)	Psicoeducación y Tratamiento Cognitivo Conductual			X											Mayor seguimiento.
Madigan et al. (2012)	Psicoeducación Familiar												X		Poco interés a la respuesta del estudio.
Perich et al. (2013)	Mindfulness Basada en la Terapia Cognitiva			X									X		No se evaluó el impacto de la meditación plena en la intervención.
Hubbard et al. (2016)	Psicoeducación breve grupal			X									X		No se evaluó el impacto del estudio.
Van Dijk et al. (2013)	Terapia Dialéctica Comportamental			X										X	No se especifica la efectividad del tratamiento.
Perich et al. (2012)	Mindfulness Basada en la Terapia Cognitiva			X				X	X						Se emplearon múltiples pruebas.
Bernhard et al. (2006)	Psicoeducación							X					X		Pacientes que presentaron episodios graves, asistieron al programa después de la recaída.
Gumus, Buzlu y Caki (2015)	Psicoeducación			X				X							Seguimiento por 12 meses.

*Nota.* Tamaño de la Muestra (TM); Sin Cambio Sintomatológico (SC); Prolongación del Estudio (PE); Rehospitalización (RH); Abandono del Tratamiento (AT); Diferencia Terapéutica (DT); Falta de Interés en la Participación (FIP); Evaluación de Impacto (EI); Falta de un Grupo Control (GC); Bajo Interés (BI); Efectividad del Tratamiento (ET); Caso Único (CU); Descripción del Medicamento (DM).

Se pudo identificar en los artículos que las principales limitaciones del estudio de eficacia las intervenciones estuvieron relacionadas con tamaños muestras (muy pequeñas) o la falta de un grupo control. Adicionalmente, no es claro si los beneficios son en función a la intervención específica o al tratamiento farmacológico estructurado, por tanto, la eficacia de los tratamientos debe interpretarse con precaución. Perlick et al. (2012) desestima la Terapia Cognitiva frente a la farmacoterapia establecida correctamente. Mientras que Cardoso et al. (2014) en su investigación no encontró diferencia de respuesta entre la aplicación de la psicoeducación individual y el tratamiento farmacológico.

Algunos estudios de intervenciones familiares identificaron limitaciones asociadas con la población diana de las intervenciones y la falta de medidas de la adherencia terapéutica. En el estudio Hubbard et al. (2016) se señala que el grupo psicoeducativo no experimentó un alivio de los síntomas emocionales como la depresión, la ansiedad y el estrés, y si bien no se tuvieron mediciones apropiadas de la adherencia terapéutica, los autores indican que los resultados desfavorables pueden deberse a la exclusión de los cuidadores del proceso. En consonancia con estos hallazgos, Madigan et al. (2012) encontraron que la mayoría de los cuidadores presentaron sentimientos de desesperanza, culpa, estigma, vergüenza y rechazo por lo que generó limitaciones en la intervención.

En las intervenciones enmarcadas en terapias de tercera generación los resultados no son concluyente. El Mindfulness no demostró mejoría en los síntomas depresivos (Van Dijk et al., 2013). Y en el caso de la Terapia Dialéctico Comportamental la evidencia científica es escasa.

**Comparación de los modelos teóricos de intervención Cognitivo Conductual a la luz de los indicadores de eficiencia.**

Los modelos que se presentan en esta parte son extraídos de la tabla de Excel (Anexo A). De los 26 estudios sólo 15 disponen de modelos teóricos y algunos autores usaron los mismos modelos en diferentes estudios. De esta forma, se obtuvo un total de 11 modelos de las intervenciones cognitivo conductuales. A continuación, se expone cada modelo, su descripción y se expone en un diagrama su estructura, señalando los indicadores de eficiencia (azul) y de limitación (rojo) arrojados por los estudios analizados, de manera que se contrasta el modelo inicial con la evidencia empírica disponible.

**Terapia de inestabilidad de Sorensen et al., (2006) en el estado de ánimo**

Desarrolla la prevención de recaídas y el progreso del tratamiento. Además, conceptualiza en factores psicológicos, biológicos y sociales que orientan sobre estrategias de afrontamiento que deben utilizarse en ciertas circunstancias.

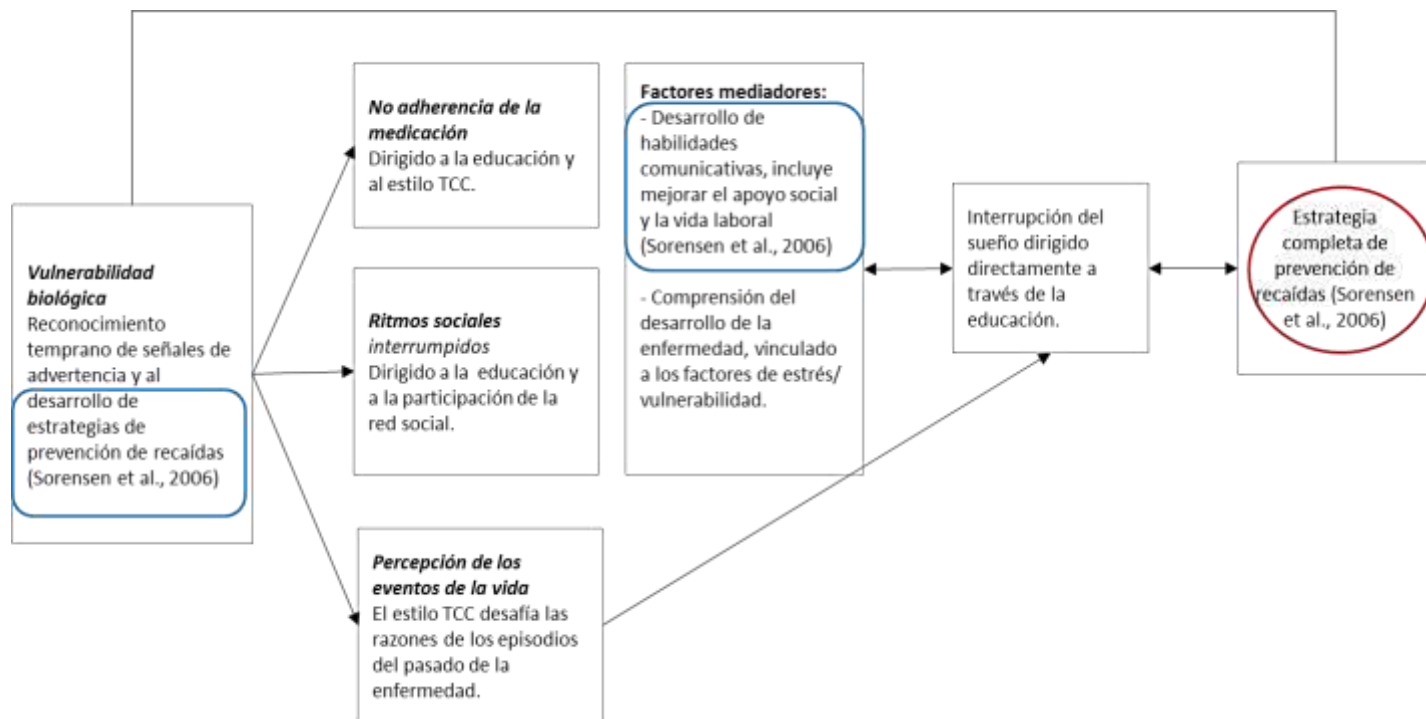


Figura 2. Modelo de inestabilidad de Sorensen en el estado de ánimo. De "A Case Series Evaluation of a Brief, Psycho-Education Approach Intended for the Prevention of Relapse in Bipolar Disorder," por J. Sorensen, J. Done, J. Rhodes, 2006, *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35, p.97.

### Mecanismos de acción de la psicoeducación (Colom et al., 2006)

La finalidad de este modelo es estratificarlo por objetivos y niveles para comprobar si el tratamiento es efectivo para el paciente, debido que, si un paciente crea consciencia de la enfermedad y enfrenta los episodios, pero no logra la adherencia del tratamiento la psicoeducación no es adecuada y será complicado reducir el número de hospitalizaciones y episodios. Cumplir con todos los objetivos de los niveles 1 y 2 garantiza una mejoría del curso de la enfermedad.

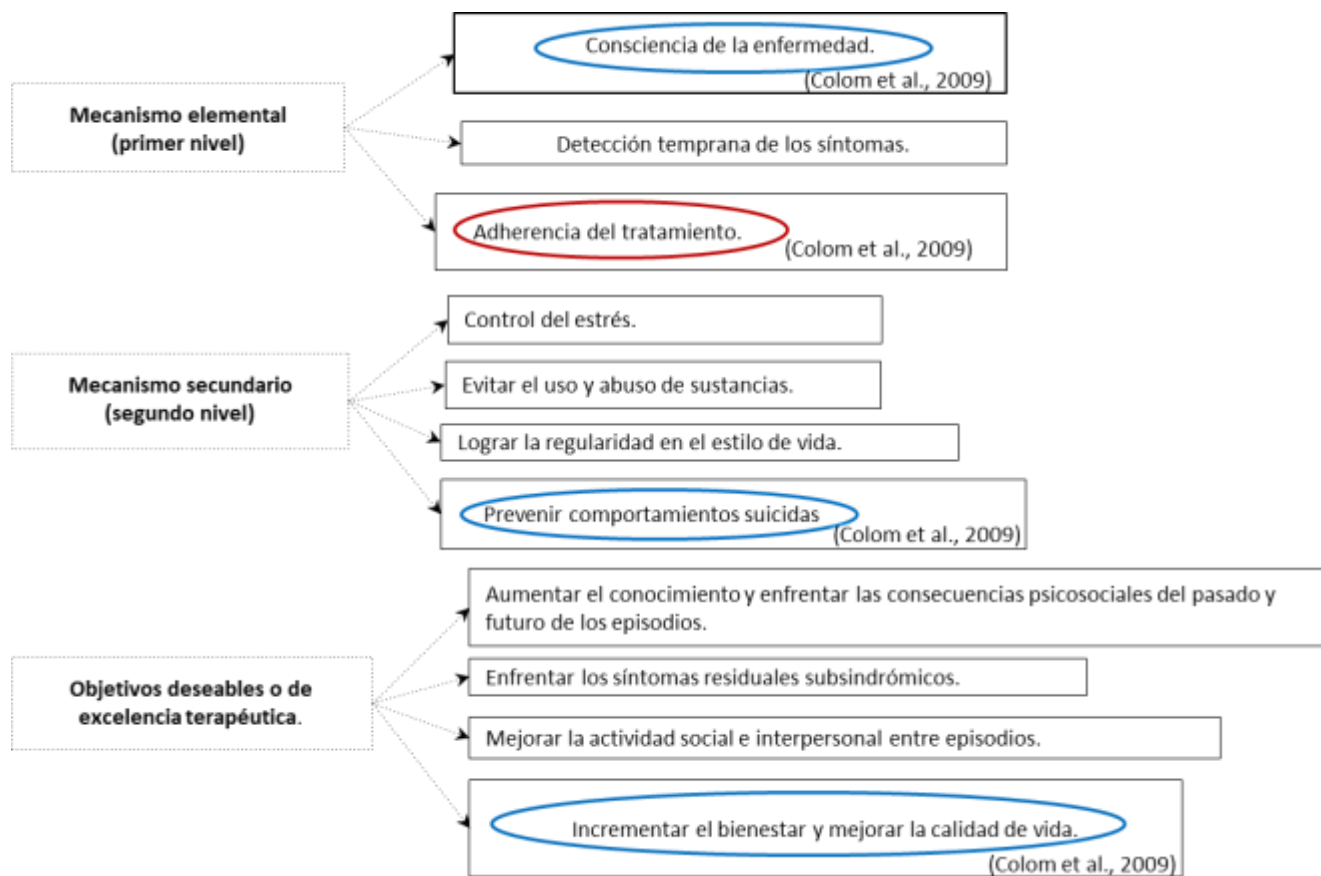


Figura 3. Objetivos y niveles de los mecanismos de acción. De “*Psychoeducation manual for Bipolar Disorder*,” por C. Francese. E, Vieta, 2006, Cambridge, p.31.

### Modelo de intervención cognitivo conductual para el Trastorno Bipolar (Lam, 1999)

Los cuatro aspectos importantes ilustrados en la figura 4 se clasifican de la siguiente manera:

1. Psicoeducación, introduce a los pacientes a aprender habilidades para la solución de problemas, limita los cambios de humor y establece las rutinas diarias para evitar el exceso de estrés.
2. Habilidades cognitivas de comportamiento para afrontar los pródromos, se les enseña a los pacientes a resistir a buscar un comportamiento en la fase prodrómica de la manía y a resistir permanecer inmóviles durante el pródromo de una de depresión para prevenir un episodio completo.

3. Importancia de la rutina y el sueño. Se le enseña al paciente técnicas conductuales, como crear un horario que ayuda a establecer una rutina sistemática.
4. Manejo de vulnerabilidad a largo plazo. Evaluar los desencadenantes de episodios pasados puede revelar la vulnerabilidad del individuo a temas específicos, por ejemplo, el comportamiento extremo impulsado por el logro que conduce al estrés y a la recaída periódica.

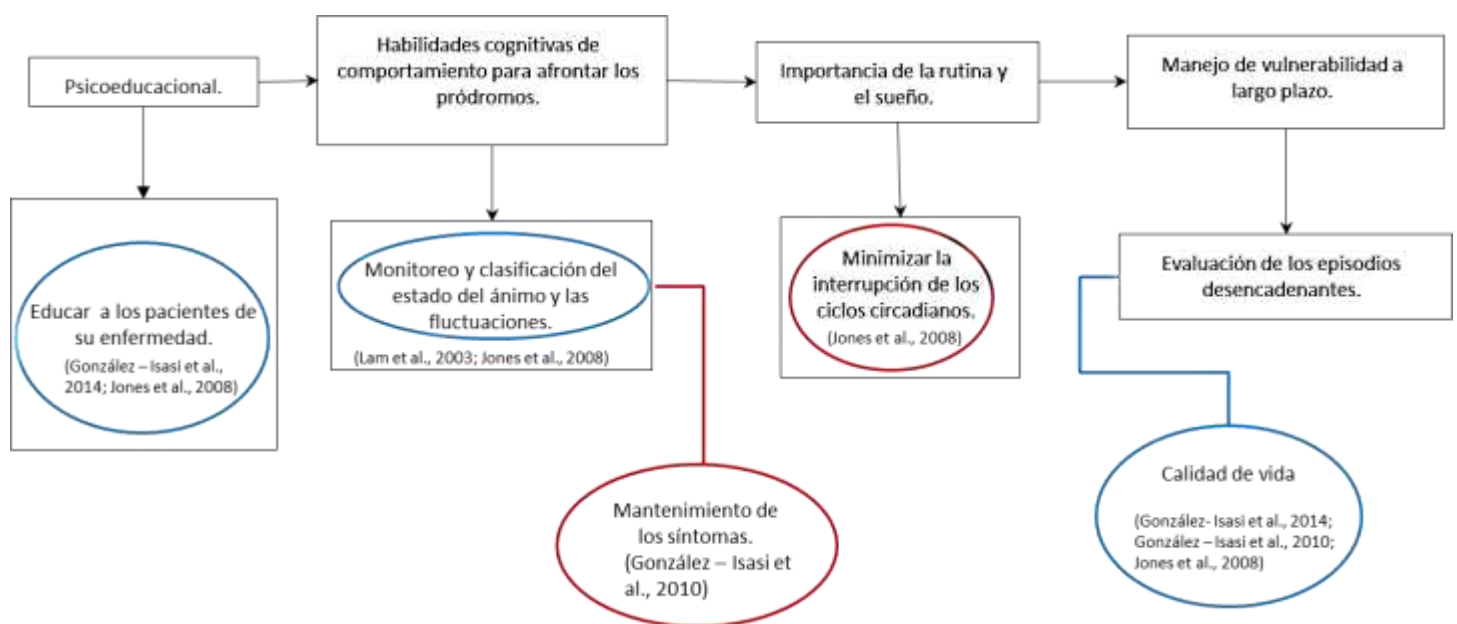


Figura 4. Modelo de intervención cognitivo conductual para el Trastorno Bipolar. Adaptado de “*Cognitive Therapy for Bipolar Disorder*” por D, Lam. S, Jones, P, Hayward, 1999, Wiley- Blackwell, p.61

### Modelo de la Terapia Dialéctica Comportamental (Gagliesi, s.f.)

El objetivo del modelo es encontrar el balance entre el cambio y la aceptación que es mediada por la dialéctica que da nombre al tratamiento, esta significa “evaluar e integrar ideas y hechos contradictorios”. También busca el equilibrio del cambio y la aceptación en relación con

los sentimientos pasionales y los pensamientos racionales para crear estrategias de validación y aceptación.

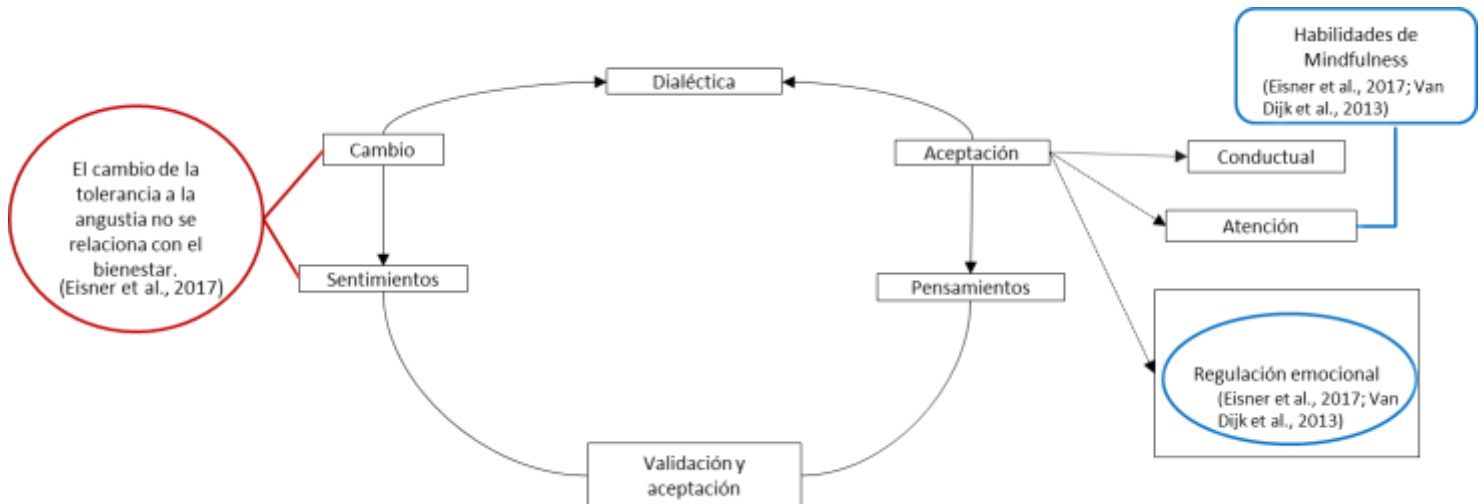


Figura 5. Terapia Dialéctica Comportamental. De "Dialéctica Conductual en el tratamiento del Desorden Límite de la Personalidad" por P. Gagliosi, s.f., Foro, p.4.

### Regulación del estado de ánimo circadiano para la ciclotimia (Tortterdel & Kellet, 2008)

El modelo del estado de ánimo circadiano surge de un proceso oscilador circadiano endógeno y uno exógeno dominado por el ciclo del sueño. Este proceso se sincroniza por 24 horas, pero puede interrumpirse por la rutina de un comportamiento o la influencia del estado del ánimo desencadenante de un evento.

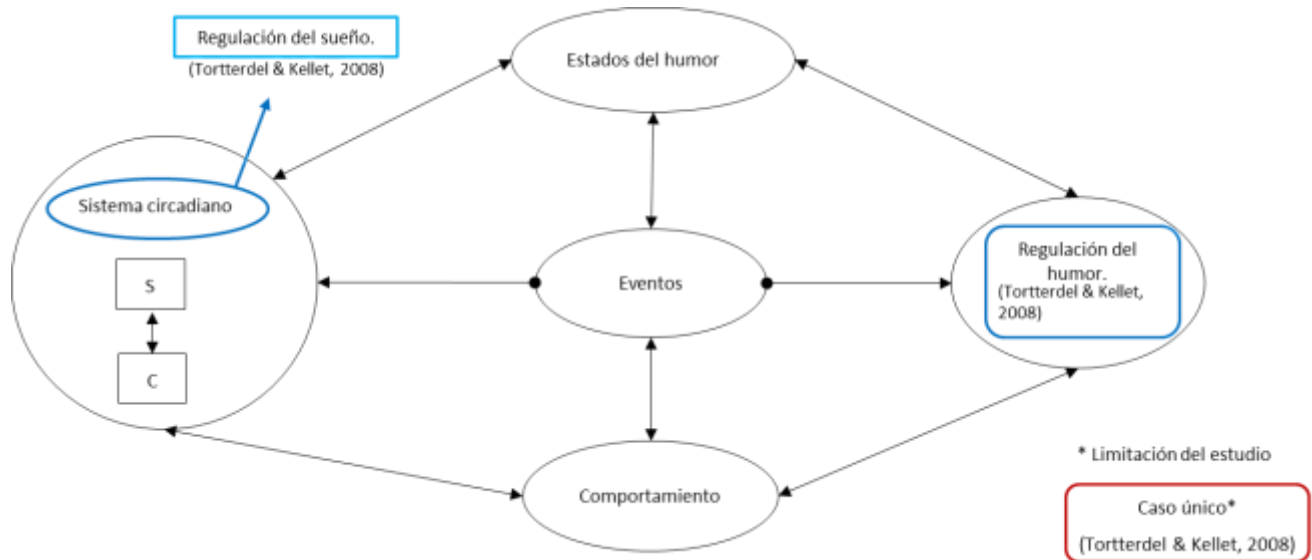


Figura 6. Regulación del estado del humor circadiano para la ciclotimia. De “Restructuring Mood in Cyclothymia Using Cognitive Behavior Therapy: An Intensive Time-Sampling Study,” por P, Tortterdel. S, Kellet, 2008, *Journal of Clinical Psychology*, 64, p.503.

### Modelo integrativo cognitivo de los estados del humor (Mansell et al., 2007)

El modelo sugiere que las personas con TB que experimentan fluctuaciones en su estado interno antes de los episodios de cambio de ánimo, esta fluctuación influye en aumentar los síntomas en el ciclo cognitivo del paciente.



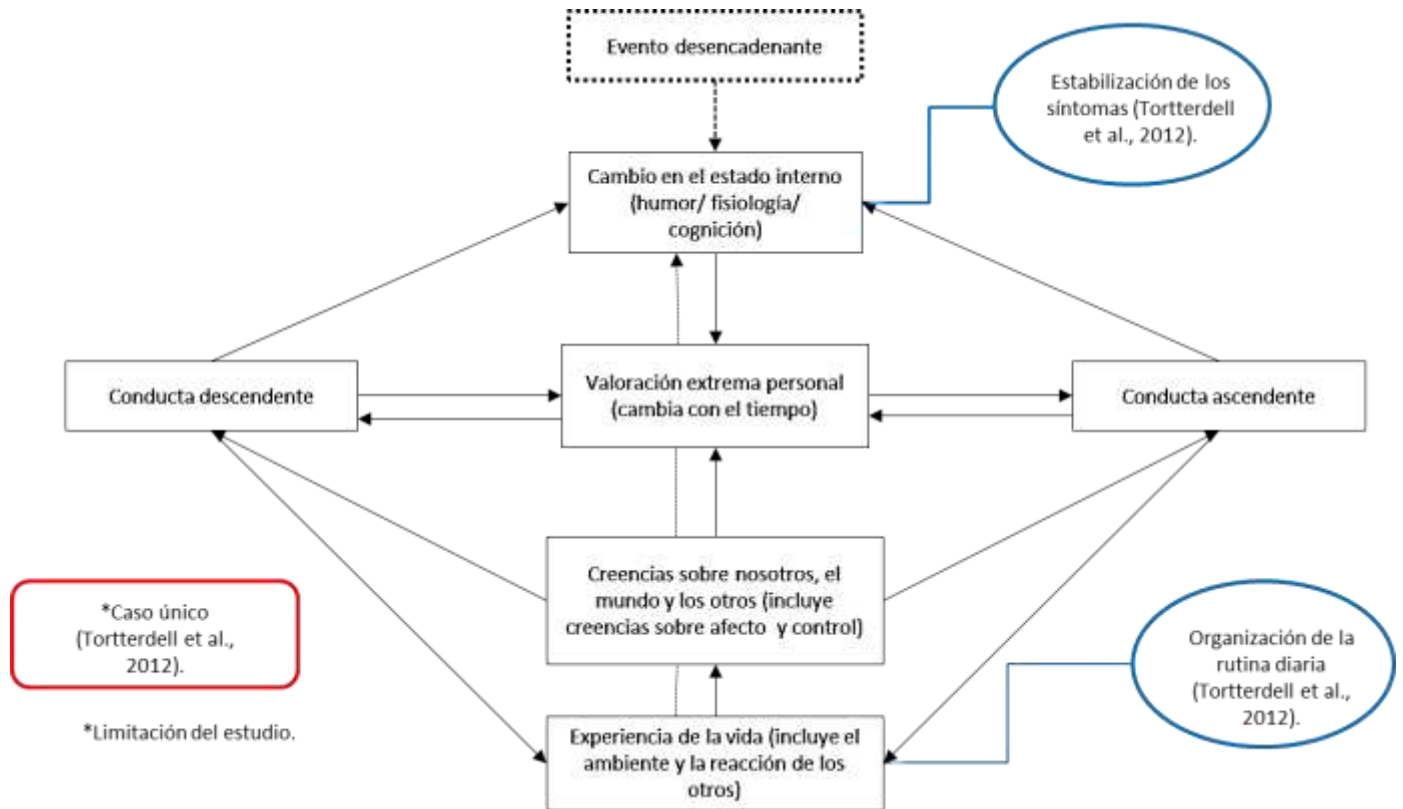


Figura 7. Modelo desarrollado para la regulación de los estados del humor para el Trastorno Bipolar. De “The Interpretation of, and Responses to, Changes in Internal States: An Integrative Cognitive Model of Mood Swings and Bipolar Disorders,” por W, Mansell, A, Morrison, G, Reid, I, Lowens, S, Tai, 2007, *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35, p.520.

### Modelo adaptado de Fallon Terapia Familiar Conductual (Arévalo, 1999)

Este modelo considera la familia como unidad básica para un funcionamiento interno sano, enfoca su atención en aspectos funcionales como, la comunicación familiar y la solución de problemas cotidianos. Asume que cada uno de los miembros realiza sus mejores esfuerzos para hacer frente a las situaciones de estrés que se estén experimentando. Este modelo no se enfoca en la reducción de la tasa de recaídas si no, no reducir la carga familiar y aumentar la calidad de vida.

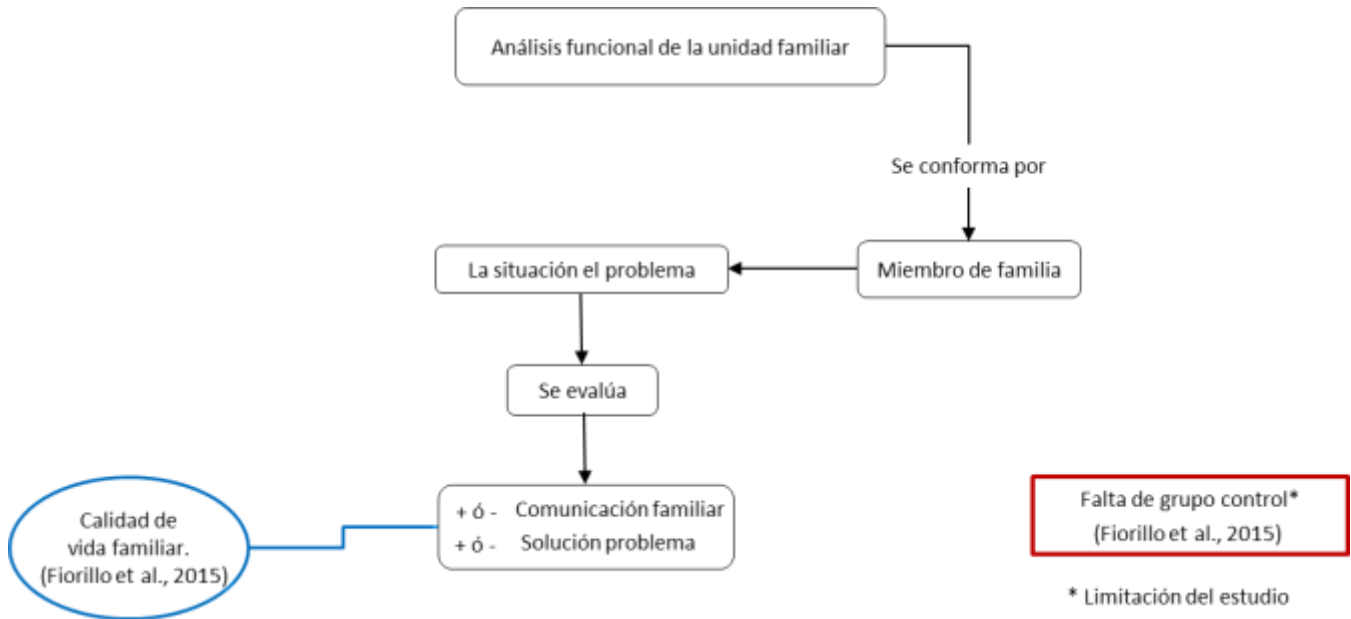


Figura 8. Modelo de Fallon terapia familiar conductual. De “Intervenciones familiares en el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia: aproximaciones recientes,” por J. Arévalo, 1999, *Estudios de psicología*, p. 177.

### Modelo de Mindfulness Basado en la Terapia Cognitiva para la Depresión (Segal et al., 2002)

El objetivo es que los pacientes con Depresión Mayor sean conscientes de sus eventos internos, es decir de sus pensamientos, sentimientos sensaciones corporales, para cambiar su forma de pensamiento y evitar cambios de humor negativos. Se alienta a ver los pensamientos como eventos pasantes en la mente, en lugar de tratarlos como realidad.

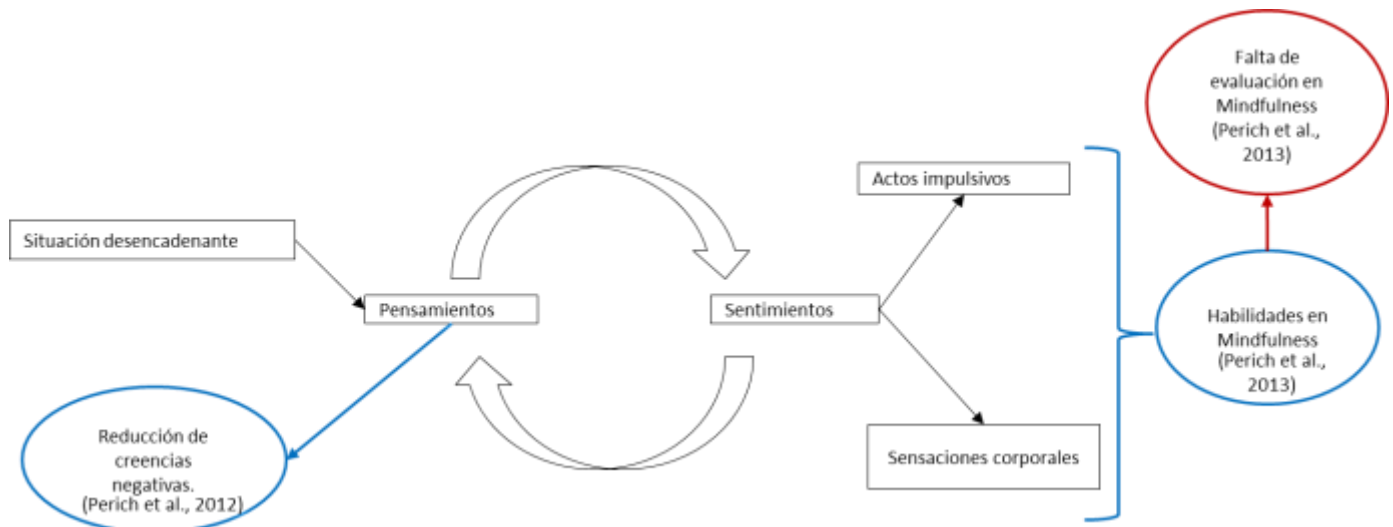


Figura 9. Mindfulness Basado en la Terapia Cognitiva para la Depresión. De “*Mindfulness – Based Cognitive Therapy for Depression*,” por Z. Segal, J. M. Williams, J. Teasdale, 2002, The Guildford Press, p.65.

### Enfoque del tratamiento focalizado en la familia para el Trastorno bipolar (Miklowitz, 2008)

El modelo se estructura por tres fases; primero, la psicoeducación involucra al paciente y al familiar cercano para que comprenda la naturaleza del trastorno y sus consecuencias, además, proporciona información que reduce la culpa y la recriminación mutua entre los miembros de la familia y crea una disposición de cambio en las relaciones familiares. La segunda incluye al paciente y la familia, busca establecer o restablecer la comunicación efectiva. La tercera fase se entrena en la resolución de conflictos, trabaja con cualquier problema de la vida cotidiana que interfiera en resolver cualquier conflicto.

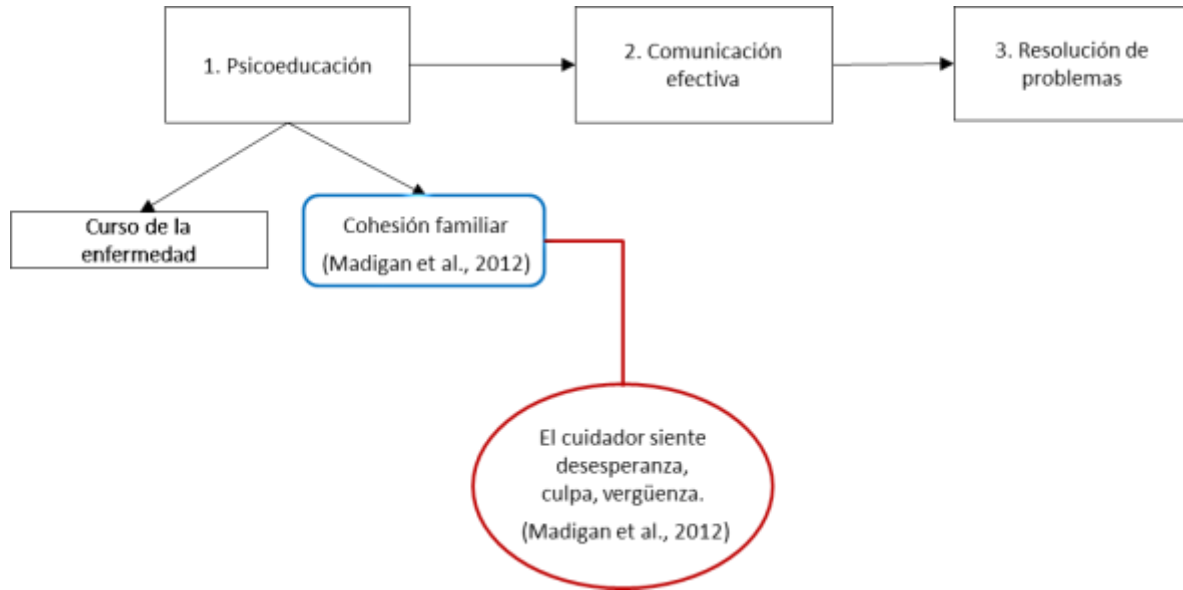
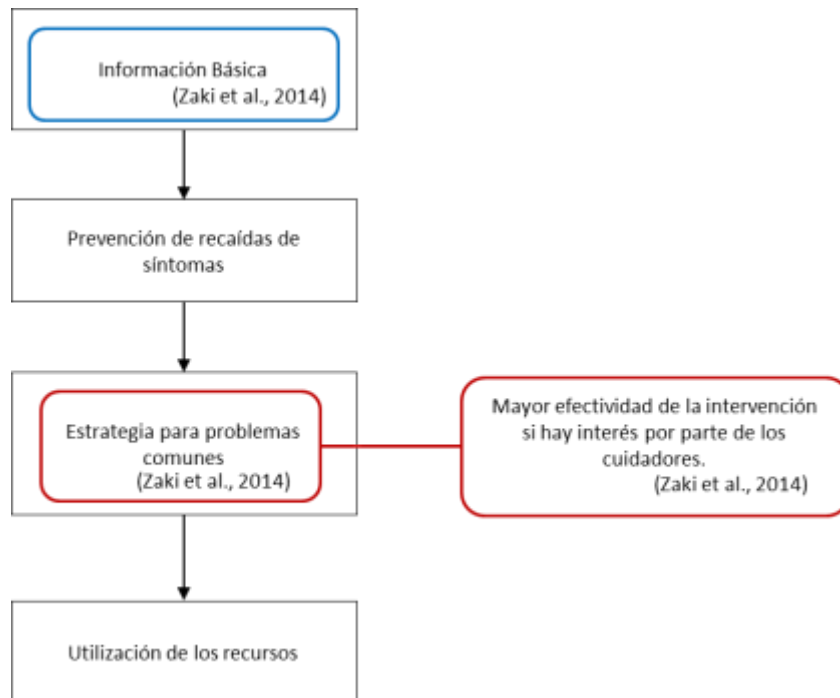


Figura 10. Enfoque del tratamiento focalizado en la familia para el Trastorno bipolar. De “*Bipolar Disorder a Family – Focused Treatment Approach*,” por D. Miklowitz, 2008, The Guildford Press, p. 12.

### **Terapia Familiar Educativa (Mueser et al., 1994)**

Este enfoque educa a las familias sobre esquizofrenia y comparte estrategias comunes de la psicoeducación. El tratamiento aborda como manejar los problemas comunes, las crisis y proporciona estrategias para la prevención de recaídas.



*Figura 11.* Terapia familiar educativa. De “Educational Family Therapy for schizophrenia: a new treatment model for clinical service and research,” por K. Mueser, L. Gingerich, K. Rosenthal, 1994, *Schizophrenia Research*, 13, p. 100.

### Discusión

La revisión sugiere que los modelos teóricos de las intervenciones cognitivo conductuales son eficientes en la consciencia de la enfermedad, calidad de vida, regulación emocional, establecimiento de una rutina diaria, higiene del sueño y cohesión familiar. Estudios han confirmado que las terapias psicológicas estructuradas pueden reducir las tasas de recurrencia de los principales episodios del estado de ánimo en pacientes con TB (Lam et al., 2003; Miklowitz et al., 2007).

La intervención familiar mejora las condiciones clínicas, el funcionamiento social y la calidad de vida del paciente con TB y disminuye la carga de los cuidadores (Cakir et al., 2010; Prasko et al., 2013). La psicoeducación grupal familiar reduce la recurrencia de manía/hipomanía (Perlick et al., 2010). La investigación de Reinares et al. (2008) confirman que la psicoeducación grupal para cuidadores de pacientes con TB reduce significativamente la recurrencia de la manía / hipomanía; sin embargo, el abandono terapéutico en las intervenciones familiares se ha incrementado (Miklowitz et al., 2013; Sorensen et al., 2006; Zaki et al., 2014).

Por otro lado, se afirma que los pacientes con TB que recibieron Tratamiento Cognitivo Conductual, tienen menos episodios bipolares, se concluyó que, al implementar una higiene del sueño y actividad diaria mejora la calidad del sueño ( Lam et al., 2000; McGlinchey, Gershon, Eidelman, Kaplan, & Harvey, 2014).

Las limitaciones que se encontraron en la revisión de los estudios, se focalizan en la experiencia clínica y el proceso investigativo. La primera corresponde a los indicadores que limitan la adherencia de las intervenciones cognitivo conductuales, como, prevención de recaídas, interrupción de ciclos circadianos, fluctuación de los síntomas, desesperanza y sentimientos de culpa (Colom et al., 2009; Jones et al., 2008; Madigan et al., 2012; Sorensen et

al., 2006). La segunda se enfatiza en el seguimiento de las intervenciones para verificar la efectividad de los síntomas (Colom et al, 2009; González -Isasi et al., 2014).

En conclusión, la comparación de los modelos teóricos con los indicadores de eficiencia y limitante, se induce que, la psicoeducación es clave para aumentar la consciencia de la enfermedad en el paciente con TB, es de importancia el interés familiar para aumentar la adherencia del tratamiento. Se determina que no hay claridad en la eficacia en la prevención de recaídas. Para futuras investigaciones se sugiere, un estudio de las intervenciones cognitivo conductuales con evaluaciones de seguimientos extensas e identificar los diferentes indicadores de eficiencia y limitación.

### Referencias

- Arévalo, J. (1999). Intervenciones familiares en el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia: aproximaciones recientes. *Estudios de psicología*, 43, 169 -193.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. Buenos Aires: Editorial médica Panamericana.
- Becoña, E., & Lorenzo, M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el Trastorno Bipolar. *Psicothema*, 13 (3), 511-522
- Belmaker, R. H. (2004). Bipolar Disorder. *The New England Journal of Medicine*, 351(5), 476–486.  
<https://doi.org/10.1056/NEJM200412023512324>
- \*Bernhard, B., Schaub, A., Kümmler, P., Dittmann, S., Severus, E., Seemüller, F., Born, C., Forsthoff, A., Licht, R. W., & Grunze, H. (2006). Impact of cognitive-psychoeducational interventions in bipolar patients and their relatives. *European Psychiatry*, 21(2), 81–86.  
<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.09.007>
- \*Cardoso, T., Farias, C., Mondin, T., da Silva, G., Souza, L. D., da Silva, R., Azevedo, R., Tavares, K., Amaral, R., & Jansen, K. (2014). Brief psychoeducation for bipolar disorder: Impact on quality of life in young adults in a 6-month follow-up of a randomized controlled trial. *Psychiatry Research*, 220(3), 896–902. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.09.013>
- \*Caro, I. (2009). *Manual teórico práctico de psicoterapias cognitivas*. España: Editorial Desclée de Brouwer, S.A.
- Chatterton, M. L., Stockings, E., Berk, M., Barendregt, J. J., Carter, R., & Mihalopoulos, C. (2017). Psychosocial therapies for the adjunctive treatment of bipolar disorder in adults: Network meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 210(05), 333–341.  
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.195321>



- \*Colom, F., Vieta, E., Sánchez-Moreno, J., Palomino-Otiniano, R., Reinares, M., Goikolea, J. M., Benabarre, A., & Martínez-Arán, A. (2009). Group psychoeducation for stabilized bipolar disorders: 5-year outcome of a randomized clinical trial. *British Journal of Psychiatry*, *194*(03), 260–265. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.040485>
- Colom, F., Vieta, E., Scott, J. (2006). *Psychoeducation manual for Bipolar Disorder*. New York: Cambridge University Press.
- Colom, F., Vieta, E., Tacchi, M., Sanchez-Moreno, J., & Scott, J. (2005). Identifying and improving non-adherence in bipolar disorders. *Bipolar Disorders*, *7*(s5), 24–31. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2005.00248.x>
- Depp, C. A., Ceglowski, J., Wang, V. C., Yaghouti, F., Mausbach, B. T., Thompson, W. K., & Granholm, E. L. (2015). Augmenting psychoeducation with a mobile intervention for bipolar disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, *174*, 23–30. <https://doi.org/doi:10.1016/j.jad.2014.10.053>
- \*Eisner, L., Eddie, D., Harley, R., Jacobo, M., Nierenberg, A. A., & Deckersbach, T. (2017). Dialectical Behavior Therapy Group Skills Training for Bipolar Disorder. *Behavior Therapy*, *48*(4), 557–566. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.12.006>
- Feigenbaum, J. (2008). Dialectical behaviour therapy. *Psychiatry*, *7*(3), 112–116. <https://doi.org/10.1016/j.mppsy.2008.01.007>
- Ferguson, K. E., & O'Donohue, W. (2015). Behavior Therapy: The Second and Third Waves. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 431–436. <https://doi.org/10.1016/b978-0-08-097086-8.21090-8>
- Fernández - Ríos, L., y Buela- Casal, G. (2009). Standards for the preparation and writing of Psychology review. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *9*(2), 329–344.

- \*Fiorillo, A., Del Vecchio, V., Luciano, M., Sampogna, G., De Rosa, C., Malangone, C., Volpe, U., Bardicchia, F., Ciampini, G., Crocamo, C., Lapichino, S., Lampis, D., Moroni, A., Orlandi, E., Piselli, M., Pompili, E., Veltro, F., Carrá, G., & Maj, M. (2015). Efficacy of psychoeducational family intervention for bipolar I disorder: A controlled, multicentric, real-world study. *Journal of Affective Disorders, 172*, 291- 299. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.10.021>
- \*Fullana, M., Fernández de la Cruz, L., Bulbena, A., & Toro, J. (2012). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual para los trastornos mentales. *Medicina Clínica, 138*(5), 215–219. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2011.02.017>
- Gagliesi, P. (s.f.). Terapia Dialéctica Conductual en el tratamiento del Desorden Límite de la Personalidad. *Foro*, 1-21.
- \*Gomes, B. C., Abreu, L. N., Brietzke, E., Caetano, S. C., Kleinman, A., Nery, F. G., & Lafer, B. (2011). A Randomized Controlled Trial of Cognitive Behavioral Group Therapy for Bipolar Disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics, 80*(3), 144- 150. <https://doi.org/10.1159/000320738>
- González – Isasi, A. (2011). *Trastorno Bipolar: el enemigo invisible. Manual de tratamiento psicológico*. España: Editorial Desclée de Brouwer.
- González, S., Artal, J., Gómez, E., Caballero, P., Mayoral, J., Moreno, T., Álvarez, M., Gook, S., Villacorta, M., Higuera, A., y Vásquez, J. (2012). Intervención temprana en Trastorno Bipolar: el programa Jano del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. *Actas Españolas de Psiquiatría, 40*(2), 51-6.
- González- Isasi, A., Echeburúa, E., Limiñana, J. M., & González-Pinto, A. (2010). How effective is a psychological intervention program for patients with refractory bipolar disorder? A

randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 126(1-2), 80–87.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.03.026>

\*González-Isasi, A., Echeburúa, E., Mosquera, F., Ibáñez, B., Aizpuru, F., & González-Pinto, A.

(2010). Long-term efficacy of a psychological intervention program for patients with refractory bipolar disorder: A pilot study. *Psychiatry Research*, 176(2-3), 161–165.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.06.047>

\*González - Isasi, A., Echeburúa, E., Limiñana, J., & González, A. (2014). Psychoeducation and cognitive-behavioral therapy for patients with refractory bipolar disorder: A 5-year controlled

clinical trial. *European Psychiatry*, 29, 134-141. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2012.11.002>

Grande, I., Berk., Birmaher., B & Vieta, E. (2015). Bipolar Disorder. *The Lancet*, 1-12.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00241-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00241-X)

\*Gumus, F., Buzlu, S., & Cakir, S. (2015). Effectiveness of Individual Psychoeducation on Recurrence in Bipolar Disorder; A Controlled Study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(3),

174–179. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.01.005>

\*Harvey, A. G., Soehner, A. M., Kaplan, K. A., Hein, K., Lee, J., Kanady, J., Rabe- Hesketh, S.,

Neylan, T., Li, Descartes., Ketter, T., & Buysse, D. J. (2015). Treating insomnia improves mood state, sleep, and functioning in bipolar disorder: A pilot randomized controlled trial.

*Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(3), 564-577.

<https://doi.org/10.1037/a0038655>

Henao S, Quintero S, Echeverri J, Hernández J, Rivera E, López S. (2016). Políticas públicas vigentes de salud mental en Suramérica: un estado del arte. *Revista Facultad Nacional de*

*Salud Pública* 34(2)184-192. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v34n2a07>

Hernández, R., Fernández, C y Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill Education.

\*Hubbard, A. A., McEvoy, P. M., Smith, L., & Kane, R. T. (2016). Brief group psychoeducation for caregivers of individuals with bipolar disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 200, 31–36. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.04.013>

Jauhar, S., McKenna, P. J., & Laws, K. R. (2016). NICE guidance on psychological treatments for bipolar disorder: searching for the evidence. *The Lancet Psychiatry*, 3(4), 386–388. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(15\)00545-3](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(15)00545-3)

\*Jones, S. H., & Burrell-Hodgson, G. (2008). Cognitive-behavioural treatment of first diagnosis bipolar disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15(6), 367–377. <https://doi.org/10.1002/cpp.584>

\*Jones, S., Mulligan, L. D., Law, H., Dunn, G., Welford, M., Smith, G., & Morrison, A. P. (2012). A randomized controlled trial of recovery focused CBT for individuals with early bipolar disorder. *BMC Psychiatry*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/1471-244x-12-204>

Jones, S. H., Smith, G., Mulligan, L. D., Lobban, F., Law, H., Dunn, G., Welford, M., Kelly, J., Mulligan, J., & Morrison, A. P. (2015). Recovery-focused cognitive-behavioural therapy for recent-onset bipolar disorder: Randomised controlled pilot trial. *British Journal of Psychiatry*, 206(01), 58–66. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.141259>

Juruena, M. F. (2012). Cognitive-Behavioral Therapy for the Bipolar Disorder Patients. *Standard and Innovative Strategies in Cognitive Behavior Therapy*, 77-98. <https://doi.org/10.5772/27379>

Kahl, K. G., Winter, L., & Schweiger, U. (2012). The third wave of cognitive behavioural therapies.

*Current Opinion in Psychiatry*, 25(6), 522–528.

<https://doi.org/10.1097/ycp.0b013e328358e531>

\*Kaplan, K. A., Talavera, D. C., & Harvey, A. G. (2018). Rise and shine: A treatment experiment testing a morning routine to decrease subjective sleep inertia in insomnia and bipolar disorder.

*Behaviour Research and Therapy*, 111, 106–112. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.10.009>

Kessing, L., Hansen, H., Hvenegaard, A., Christensen, E., Dam, H., Gluud, C., & Wetterslev, J.

(2013). Treatment in a specialized outpatient mood disorder clinic v. standard outpatient treatment in the early course of bipolar disorder: randomized clinical trial. *The British Journal of Psychiatry*, 202, 212-219. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.113548>

Krishnan, K. (2005). Psychiatric and Medical Comorbidities of Bipolar Disorder. *Psychosomatic*

*Medicine*, 67(1), 1–8. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000151489.36347.1>

Labrador, F. (2008). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Pirámide.

Lam, D. H., Jones, S., Hayward, P. (2003). *Cognitive Therapy for Bipolar Disorder*. UK: Wiley-Blackwell.

\*Lam, D. H., Watkins, E. R., Hayward, P., Bright, J., Wright, K., Kerr, N., Parr-Davis, G., & Sham, P. (2003). A Randomized Controlled Study of Cognitive Therapy for Relapse Prevention for

Bipolar Affective Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60(2), 145-152.

<https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.2.145>

Lam, D., Burbeck, R., Wright, K., & Pilling, S. (2009). Psychological therapies in bipolar disorder: the effect of illness history on relapse prevention a systematic review. *Bipolar Disorders*,

11(5), 474–482. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2009.00724.x>

- Lee, D., Cha, B., Park, C.-S., Kim, B.-J., Lee, C.-S., Lee, S.-J., Seo, J.-Y., Cho, Y., Hun Ha, J., & Choi, J.-W. (2017). Effects of resilience on quality of life in patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 207, 434–441. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.08.075>
- Mansell, W., Morrison, A. P., Reid, G., Lowens, I., & Tai, S. (2007). The Interpretation of, and Responses to, Changes in Internal States: An Integrative Cognitive Model of Mood Swings and Bipolar Disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35(05). <https://doi.org/10.1017/s1352465807003827>
- Marangoni, C., De Chiara, L., & Faedda, G. L. (2015). Bipolar Disorder and ADHD: Comorbidity and Diagnostic Distinctions. *Current Psychiatry Reports*, 17(8). <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0604-y>
- \*Martin, G., & Pear, J. (2008). *Modificación de Conducta: Qué es y cómo aplicarla*. Madrid: Prentice Hall
- Martínez, A., Sánchez, J., y Vieta, E. (2006). *Evidencia científica en depresión bipolar*. Madrid: International Marketing & Communication, S.A.
- McElroy, S. L., Altshuler, L. L., Suppes, T., Keck, P. E., Frye, M. A., Denicoff, K. D., & Post, R. M. (2001). Axis I Psychiatric Comorbidity and Its Relationship to Historical Illness Variables in 288 Patients With Bipolar Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158(3), 420–426. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.3.420>
- McKay, D., & Tryon, W. W. (2017). Behavior Therapy: Theoretical Bases. *Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology*. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-809324-5.05242-1>
- Merikangas, K., Akiskal, H., Angst, J., Greenberg, P., Hirschfeld, R., Petukhova, M., & Kessler, R. (2007). Lifetime and 12-Month Prevalence of Bipolar Spectrum Disorder in the National

Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 64, 543-552.

<https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.5.543>

Ministerio de Salud. (2018). Boletín de salud mental oferta y acceso a servicios en Salud Mental en Colombia.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Boletin-6-salud-mental-2018.pdf>

Ministerio de Salud. (2017). Observatorio Nacional de Salud Mental.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/guia-ross-salud-mental.pdf>

Ministerio de Salud y Ministerio de la Protección Social. (2016). (22 de febrero de 2016). Política de Atención Integral en Salud. [resolución 429 de 2016] DO: 49.794.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental 2015.

[http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud\\_mental\\_tomoI.pdf](http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf)

Ministerio de la Protección Social. (2005). Guía para la planeación del componente de salud mental en los planes territoriales de salud.

Ministerio de la Protección Social. (2005). Lineamientos de política de salud mental para Colombia.

<https://www.minsalud.gov.co/Lineamientos/Lineamientos%20Pol%C3%ADtica%20Salud%20Mental.pdf>

Ministerio de la Protección Social. (2003). Estudio Nacional de Salud Mental Colombia

2003. <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ESTUDIO%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20MENTAL%20EN%20COLOMBIA.pdf>

Ministerio de Salud. (1998). (18 de junio de 1998). Política Nacional de Salud Mental 1998.

[resolución 2358 de 1998] DO: 43338.

Miklowitz, D. (2008). *Bipolar Disorder: A Family – Focused Treatment Approach*. New York: Guildford Press.

Montero, I., & León, O. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (3), 847-862.

Mowrer, O.H., & Mowrer, W.M. (1938). Enuresis: a method for its study and treatment. *American Journal of Orthopsychiatry* 8, 436–459.

Mueser, T., Gingerich, L., & Rosenthal, K. (1994). Educational family therapy for schizophrenia: a new treatment model for clinical service and research. *Schizophrenia Research*, 13(2), 99–107. [https://doi.org/10.1016/0920-9964\(94\)90090-6](https://doi.org/10.1016/0920-9964(94)90090-6)

Murray, G., Leitan, N. D., Berk, M., Thomas, N., Michalak, E., Berk, L., Johnson, S.L., Jones, S., Perich, T., Allen, N.B., & Kyrios, M. (2015). Online mindfulness-based intervention for late-stage bipolar disorder: pilot evidence for feasibility and effectiveness. *Journal of Affective Disorders*, 178, 46–51. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.02.024>

Organización Mundial de la Salud. (2011). Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85966>

Organización Mundial de la Salud. (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020.

Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (2014). Plan de acción sobre Salud Mental 2015- 2020.



[https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=11337:plan-of-action-on-mental-health-2015-2020&Itemid=41600&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11337:plan-of-action-on-mental-health-2015-2020&Itemid=41600&lang=es)

Organización Mundial de la Salud. (2014). Atlas de Salud Mental 2014.

[http://www.who.int/mental\\_health/evidence/atlas/executive\\_summary\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/executive_summary_es.pdf?ua=1)

Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (2016). Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada.

<https://www.paho.org/mhgap/es/doc/GuiamhGAP.pdf?ua=1>

Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud (2018). La carga de los Trastornos Mentales en la Región de las Américas, 2018.

[https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280\\_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y)

Organización Mundial de la Salud. (2017). Trastornos mentales. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Oud, M., Mayo, E., Braidwood, R., Schulte, P., Jones, S. H., Morriss, R., & Kendall, T. (2016). Psychological interventions for adults with bipolar disorder: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 208(03), 213–222.

<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.157123>

Pardo, E., & Fierro, M., & Ibáñez, M. (2011). Prevalencia y factores asociados a la no adherencia en el tratamiento farmacológico de mantenimiento en adultos con trastorno afectivo bipolar. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40 (1), 85-98.

- \*Patelis- Siotis, I., Young, L.T., Robb, R. C., Marriot, M., Bieling, P.J., Cox., L.C., & Joffe, R.T. (2001). Group cognitive behavioral therapy for bipolar disorder: a feasibility and effectiveness study. *Journal of Affective Disorder* 65(2), 145-53.
- \*Pérez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé*, 5(2), 159-172
- \*Perich, T., Manicavasagar, V., Mitchell, P. B., & Ball, J. R. (2013). The association between meditation practice and treatment outcome in Mindfulness-based Cognitive Therapy for bipolar disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 51(7), 338- 343.  
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.03.006>
- \*Perlick, D. A., Miklowitz, D. J., Lopez, N., Chou, J., Kalvin, C., Adzhiashvili, V., & Aronson, A. (2010). Family-focused treatment for caregivers of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 12(6), 627–637. <https://doi.org/doi:10.1111/j.1399-5618.2010.00852.x>
- Posada, José A. (2013). La salud mental en Colombia. *Biomédica*, 33(4), 497-498.  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-41572013000400001&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572013000400001&lng=en&tlng=es)
- Rakofsky, J., & Rapaport, M. (2018). Mood Disorders. *American Academy of Neurology*, 24(3). 804-827. <https://doi.org/10.1212/CON.0000000000000604>
- Reinares, M., Colom, F., Martínez, A., Benabarre, A., & Vieta, E. (2002). Therapeutic Interventions Focused on the Family of Bipolar Patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71, 2-10.  
<https://doi.org/10.1159/000049338>
- Reinares, M., Vieta, E., Colom, F., Martínez – Arán, A., Torrent, C., Comes, M., Benabarre, A., Goikolea, J., & Corbella, B. (2002). Intervención familiar de tipo psicoeducativo en el Trastorno Bipolar. *Revista Psiquiátrica de la Facultad de Medicina de Barcelona* 29(2), 97-101.

- Reinares, M., Sánchez-Moreno, J., & Fountoulakis, K. N. (2014). Psychosocial interventions in bipolar disorder: What, for whom, and when. *Journal of Affective Disorders*, 156, 46–55. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.12.017>
- Reinares, M., Bonnín, C., Mazzei, H., Moreno, S., Colom, F., Vieta, E., (2016). The role of family interventions in bipolar disorder: A systematic review. *Clinical psychology review*, 43, 47-57. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.11.010>.
- Rosa, A., Sánchez, J., Martínez, A., Salamero, M., Torrent, C., Reinares, M., Comes, M., Colom, F., Willemijn, V., Ayuso, J., Kapczinski, F., & Vieta, E. (2007). Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 3(5), 1-8. <https://doi.org/10.1186/1745-0179-3-5>
- Ruiz, A., Díaz., M y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. España: Desclée Brouwer, S. A.
- Scott, J., & Etain, B. (2011). Which psychosocial interventions in bipolar depression? *L'Encéphale*, 3, S214- S217.
- Scott, J., Paykel, E., Morriss, R., Bentall, R., Kinderman, P., Johnson, T., Hayhurst, H. (2006). Cognitive-behavioural therapy for severe and recurrent bipolar disorders. *British Journal of Psychiatry*, 188(04), 313–320. <https://doi.org/10.1192/bjp.188.4.313>
- Scott, J., & Colom, F. (2007). Gaps and Limitations of Psychological Interventions for Bipolar Disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77(1), 4–11. <https://doi.org/10.1159/000110054>
- Secretaria Distrital de Salud Pública. (2015). Plan de Salud Territorial Distrito de Barranquilla Análisis de Situación de Salud. <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/mapa/analisis-de-Situacion-Salud-Barranquilla-2012-2015.pdf>

- Segal, Z., Williams, M., Teasdale, J. (2002). *Mindfulness – Based Cognitive Therapy for Depression*. New York: The Guildford Press, p.65.
- Simon, G., Ludman, E., Unützer, J., Operskalski, B., & Bauer, M. (2008). Severity of mood symptoms and work productivity in people treated for bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 10, 718-725. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2008.00581.x>
- Simos, G., & Beck, A. (2002). *Cognitive Behaviour Therapy*. New York: Routledge
- \*Sorensen, J., Done, D. J., & Rhodes, J. (2006). A Case Series Evaluation of a Brief, Psycho-Education Approach Intended for the Prevention of Relapse in Bipolar Disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35(01), 93. <https://doi.org/10.1017/s1352465806003316>
- \*Stange, J. P., Eisner, L. R., Hölzel, B. K., Peckham, A. D., Dougherty, D. D., Rauch, S. L., Nierenberg, A., Lazar, S., & Deckersbach, T. (2011). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Bipolar Disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 17(6), 410-419. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000407964.34604.0>
- Strauss, S., Glasziou, P., Richardson, S., Hayness, B., Pattani, R., & Areti., A. (2019). *Evidence-Based Medicine: How to practice and teach EBM*. China: Elsevier.
- Subramanian, K., Sarkar, S., & Kattimani, S. (2017). Bipolar disorder in Asia: Illness course and contributing factors. *Asian Journal of Psychiatry*, 29, 16 - 29. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.04.009>
- \*Totterdell, P., & Kellett, S. (2008). Restructuring mood in cyclothymia using cognitive behavior therapy: an intensive time-sampling study. *Journal of Clinical Psychology*, 64(4), 501–518. <https://doi.org/10.1002/jclp.20444>

- \*Totterdell, P., Kellett, S., & Mansell, W. (2012). Cognitive Behavioural Therapy for Cyclothymia: Cognitive Regulatory Control as a Mediator of Mood Change. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 40(04), 412–424. <https://doi.org/10.1017/s1352465812000070>
- \*Van Dijk, S., Jeffrey, J., & Katz, M. R. (2013). A randomized, controlled, pilot study of dialectical behavior therapy skills in a psychoeducational group for individuals with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 145(3), 386–393. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.05.054>
- Vieta, E. (2013). *Managing bipolar disorder in clinical practice*. Barcelona, España: Springer Healthcare.
- Universidad CES. (2012). Primer Estudio Poblacional de Salud Mental Medellín 2011- 2012.
- \*Weber, B., Jermann, F., Gex-Fabry, M., Nallet, A., Bondolfi, G., & Aubry, J.-M. (2010). Mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder: A feasibility trial. *European Psychiatry*, 25(6), 334–337. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.03.007>
- Wenzel, A. (2017). Basic Strategies of Cognitive Behavioral Therapy. *Psychiatric Clinics of North America*, 40(4), 597–609. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.07.001>
- Zarabanda, M., García, M., Salcedo, D., y Lahera, G. (2015). Trastorno Bipolar. *Medicine*, 11(85), 5017-85. <https://doi.org/10.1016/j.med.2015.08.003>
- Zaretsky, A. E., Segal, Z. V., & Gemar, M. (1999). Cognitive Therapy for Bipolar Depression: A Pilot Study. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 44(5), 491–494. <https://doi.org/10.1177/070674379904400511>
- Zaretsky, A., Lancee, W., Miller, C., Harris, A., & Parikh, S. (2008). Is Cognitive-Behavioural Therapy More Effective Than Psychoeducation in Bipolar Disorder? *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53 (7), 441-448.

\*Zaki, N., Awaad, M., Elbatrawy, A., Elmissiry, M., Zahran, N. (2014). Effectiveness of a behavioral family psychoeducational program for Egyptian patients with bipolar disorder and their caregivers. *Middle East Current Psychiatry*, 21(4), 212-221.

<https://doi.org/10.1097/01.XME.0000453069.21124.74>

Zayas, P. (2010). El rombo de las investigaciones de ciencias sociales.

<http://www.eumed.net/libros/2010e/822/Paradigma%20positivista.htm>

## Anexos

## Anexo A

*Estudios elegibles*

Estudios	Generación	Título de la investigación	Resúmen/ Abstract	Idioma	Revista	DOI
Eisner et al. (2017)	Tercera Generación	Dialectical Behavior Therapy Group Skills Training for Bipolar Disorder	Dialectical behavior therapy (DBT), an empirically supported treatment that specifically targets emotion dysregulation, may be an effective adjunct treatment for improving emotion regulation and residual mood symptoms in patients with bipolar disorder.	Inglés	Behaviour Therapy	10.1016/j.beth.2016.12.006
Zaki et al. (2014)	Segunda Generación	Effectiveness of a behavioral family psychoeducational program for Egyptian patients with bipolar disorder and their caregivers	The aim of this study was to assess the outcome of bipolar disorder in Egyptian patients who received patient/family psychoeducation therapy. The behavioral family psychoeducational program proved to be beneficial in the management of bipolar disorder patients and had a positive impact on their caregivers.	Inglés	Middle East Current Psychiatry	10.1097/01.XME.0000453069.21124.74
Jones et al. (2012)	Segunda Generación	A randomised controlled trial of recovery focused CBT for individuals with early bipolar disorder	There is increasing evidence for the effectiveness of structured psychological therapies for bipolar disorder. To date however there have been no psychological interventions specifically designed for individuals with early bipolar disorder.	Inglés	Biomedical Research Center	10.1186/1471-244x-12-204
Colom et al. (2009)	Segunda Generación	Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5-year outcome of a randomised clinical trial	This study assessed the efficacy of group psychoeducation to prevent recurrences and to reduce time spent ill for people with bipolar disorders.	Inglés	The British Journal of Psychiatry	10.1192/bjp.bp.107.040485

*Continuación Anexo A*

Estudios	Generación	Título de la investigación	Resúmen/ Abstract	Idioma	Revista	DOI
Sorensen et al. (2006)	Segunda Generación	A Case Series Evaluation of a Brief, Psycho-Education Approach Intended for the Prevention of Relapse in Bipolar Disorder	The development of a brief psychological intervention aimed at clinicians without high levels of bipolar disorder expertise was described, and the manual based therapy was evaluated for feasibility with 13 bipolar diagnosed clients.	Inglés	Behavioural and Cognitive Psychotherapy	10.1017/S1352465806003316
Totterdell, Kellet & Mansell (2012)	Segunda Generación	Cognitive Behavioural Therapy for Cyclothymia: Cognitive Regulatory Control as a Mediator of Mood Change	This study examined whether cognitive behavioural therapy (CBT) directed at enhanced awareness and mood change could change global functioning, mood variability and regulatory control.	Inglés	Behavioural and Cognitive Psychotherapy	10.1017/S1352465812000070
Kaplan et al. (2018)	Segunda Generación	Rise and shine: A treatment experiment testing a morning routine to decrease subjective sleep inertia in insomnia and bipolar disorder	The present study evaluates such a component, the RISE-UP routine, in CBTI for insomnia comorbid with bipolar disorder.	Inglés	Behaviour Research and Therapy	10.1016/j.brat.2018.10.009



*Continuación Anexo A*

Estudios	Generación	Título de la investigación	Resúmen/ Abstract	Idioma	Revista	DOI
Perlick et al. (2010)	Segunda Generación	Family-focused treatment for caregivers of patients with bipolar disorder.	Family members of patients with bipolar disorder experience high rates of subjective and objective burden which place them at risk for adverse physical health and mental health outcomes.	Inglés	Bipolar Disorders	10.1111/j.1399-5618.2010.00852.x
González - Isasi et al. (2010)	Segunda Generación	Long-term efficacy of a psychological intervention program for patients with refractory bipolar disorder: A pilot study	The aim of this research was to test the long-term efficacy of combined standard treatment compared with standard drug treatment for patients with recurrent bipolar disorder.	Inglés	Psychiatry Research	10.1016/j.psychres.2008.06.047
Patelis - Siotis et al. (2001)	Segunda Generación	Group cognitive behavioral therapy for bipolar disorder: a feasibility and effectiveness study	Bipolar disorder (BD) is a common disorder that results in significant psychosocial impairment, including diminished quality of life and functioning, despite aggressive pharmacotherapy.	Inglés	Journal of Affective Disorders	10.1016/s0165-0327(00)00277-9
Tortterdell & Kellet (2008)	Segunda Generación	Restructuring Mood in Cyclothymia Using Cognitive Behavior Therapy: An Intensive Time-Sampling Study	Hypotheses predicting how cognitive behavioral therapy (CBT) would change the daily pattern of mood and sleep in a patient with cyclothymia were formulated based on circadian processes	Inglés	Journal of Clinical Psychology	10.1002/jclp.20444

*Continuación Anexo A*

Estudios	Generación	Título de la investigación	Resúmen/ Abstract	Idioma	Revista	DOI
Harvey et al. (2015)	Segunda Generación	Treating Insomnia Improves Mood State, Sleep, and Functioning in Bipolar Disorder: A Pilot Randomized Controlled Trial	To determine if a treatment for interepisode bipolar disorder I patients with insomnia improves mood state, sleep, and functioning.	Inglés	Journal of Consulting and Clinical Psychology	10.1037/a0038655
Jones et al. (2008)	Segunda Generación	Cognitive–Behavioural Treatment of First Diagnosis Bipolar Disorder	Cognitive–behavioral therapy can lead to significant improvements in relapse and inter-episode functioning for individuals with an established course of bipolar disorder. A pilot study of cognitive therapy (CT) specifically designed to prevent relapses for bipolar affective disorder showed encouraging results when used in conjunction with mood stabilizers.	Inglés	Clinical Psychology and Psychotherapy	10.1002/cpp.584
Lam et al. (2003)	Segunda Generación	A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder: Outcome of the first year	A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder showed encouraging results when used in conjunction with mood stabilizers.	Inglés	Archives of General Psychiatry	10.1001/archpsyc.60.2.145
Fiorillo et al. (2015)	Segunda Generación	Efficacy of psychoeducational family intervention for bipolar I disorder: A controlled, multicentric, real-world study	This study assessed the efficacy of the Falloon model of psychoeducational family intervention (PFI), originally developed for schizophrenia management and adapted to bipolar I disorder.	Inglés	Journal of Affective Disorders	10.1016/j.jad.2014.10.021
Cardoso et al. (2014)	Segunda Generación	Brief psychoeducation for bipolar disorder: Impact on quality of life in young adults in a 6-month follow-up of a randomized controlled trial	There are scarce follow-up studies evaluating the role of psychoeducation in the treatment of bipolar disorder, especially in a young sample, with a recent diagnosis and that probably received a few previous interventions.	Inglés	Psychiatry Research	10.1016/j.psychres.2014.09.013

*Continuación Anexo A*

Estudios	Generación	Título de la investigación	Resúmen/ Abstract	Idioma	Revista	DOI
Weber et al. (2010)	Tercera Generación	Mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder: A feasibility trial	The present open study investigates the feasibility of Mindfulness-based cognitivetherapy (MBCT) in groups solely composed of bipolar patients of various subtypes.	Inglés	European Psychiatry	10.1016/j.eurpsy.2010.03.007
González - Isasi et al. (2014)	Segunda Generación	Psychoeducation and cognitive-behavioral therapy for patients with refractory bipolar disorder: A 5-year controlled clinical trial	The aim of this research, which represents an additional and longer follow-up to a previous trial, was to evaluate a 5-year follow-up study of a combined as compared with a standard pharmacological treatment in patients with refractory bipolar disorder.	Inglés	European Psychiatry	10.1016/j.eurpsy.2012.11.002
Madigan et al. (2012)	Segunda Generación	A randomised controlled trial of carer-focussed multi-family group psychoeducation in bipolar disorder	In a RCT of family psychoeducation, 47 carers of 34 patients were allocated to one of three groups; Multifamily Group Psychoeducation, Solution Focussed Group Therapy or Treatment as Usual.	Inglés	European Psychiatry	10.1016/j.eurpsy.2010.12.008
Perich et al. (2013)	Tercera Generación	The association between meditation practice and treatment outcome in Mindfulness-based Cognitive Therapy for bipolar disorder	This study aimed to examine the impact of quantity of mindfulness meditation practice on the outcome of psychiatric symptoms following Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) for those diagnosed with bipolar disorder.	Inglés	Behaviour Research and Therapy	10.1016/j.brat.2013.03.006

*Continuación Anexo A*

Estudios	Generación	Título de la investigación	Resumen/ Abstract	Idioma	Revista	DOI
Hubbard et al. (2016)	Segunda Generación	Brief group psychoeducation for caregivers of individuals with bipolar disorder: A randomized controlled trial	Bipolar disorder is associated with significant impairment in personal and social functioning for the individual and their caregivers.	Inglés	Journal of Affective Disorders	10.1016/j.jad.2016.04.013
Van Dijk et al. (2013)	Tercera Generación	A randomized, controlled, pilot study of dialectical behavior therapy skills in a psychoeducational group for individuals with bipolar disorder	Bipolar disorder (BD) is a chronic and disabling psychiatric disorder characterized by recurrent episodes of mania/hypomania and depression.	Inglés	Journal of Affective Disorders	10.1016/j.jad.2012.05.054
Perich et al. (2012)	Tercera Generación	A randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder	To compare the efficacy of mindfulness-based cognitive therapy plus treatment as usual (TAU) to TAU alone for patients with bipolar disorder over a 12-month follow-up period.	Inglés	Acta psychiatrica scandinavica	10.1111/acps.12033
Bernhard et al. (2006)	Segunda Generación	Impact of cognitive-psychoeducational interventions in bipolar patients and their relatives	The objective of this study was to describe the outcome associated with our psychoeducational intervention in bipolar patients and their relatives.	Inglés	Journal of European Psychiatry Association	10.1016/j.eurpsy.2005.09.007
Gumus, Buzlu y Caki (2015)	Segunda Generación	Effectiveness of individual psychoeducation on recurrence in bipolar disorder; a controlled study.	This research was conducted as a controlled experimental study which aimed to determine the effectiveness of individual psychoeducation program on recurrence rate during 1year follow up period.	Inglés	Archives of Psychiatric Nursing	10.1016/j.apnu.2015.01.005
Gomes et al. (2011)	Segunda Generación	A Randomized Controlled Trial of Cognitive Behavioral Group Therapy for Bipolar Disorder	This study evaluated the effectiveness of adjunctive cognitive behavioral group therapy (CBGT) to prevent recurrence of episodes in euthymic patients with bipolar disorder.	Inglés	Psychotherapy and Psychosomatics	10.1159/000320738

**Anexo B**

*Modelos y técnicas de las intervenciones*

Estudios	Definición TB	Modelo teórico	Técnicas																Objetivos	
			PE	MF	TA	FP	HC	RP	RE	HS	PR	AF	RC	CC	DST	DR	PS			
Eisner et al. (2017)	No registra	Manual de entrenamiento de habilidades grupales (Linehan, 1993)		X	X					X										Especificar en la regulación emocional.
Zaki et al. (2014)	El TB es una enfermedad mental severa, crónica y recurrente.	Manual de terapia familiar comportamental para Trastornos Psiquiátricos (Mueser & Glynn, 1999).	X				X	X				X	X							Evaluar el resultado de los pacientes con TB que recibieron terapia Psicoeducacional Familiar.
Jones et al. (2012)	No registra	No registra	X			X														Determinar la viabilidad y aceptabilidad de la Terapia Cognitivo Conductual focalizado en la Recuperación comparado con el Tratamiento Usual.
Colom et al. (2009)	No registra	Manual psicoeducativo para Trastorno Bipolar (Colom & Vieta, 2006).	X			X										X				Evaluar la eficacia de un grupo psicoeducacional para prevenir las recurrencias y reducir el tiempo de enfermedad.

**Nota.** Psicoeducación (PE); Mindfulness (MF); Tolerancia a la Angustia (TA); Funcionamiento Psicosocial (FP); Habilidades Comunicativas (HC); Resolución de Problemas (RP); Regulación Emocional (RE); Higiene del Sueño (HS); Prevención de Recaídas (PR); Atención Familiar (AF); Reestructuración Cognitiva (RC); Cambios Cognitivos (CC); Detección de síntomas Tempranos (DTS); Diario de Registro (DR); Prevención de Síntomas (PS).

*Continuación Anexo B*

Estudios	Definición TB	Modelo teórico	Técnicas															Objetivos	
			PE	MF	TA	FP	HC	RP	RE	HS	PR	AF	RC	CC	DST	DR	PS		
Sorensen et al. (2006)	Es una enfermedad mental debilitante y recurrente que ocurre con graves consecuencias secundarias como comportamientos suicidas y abuso de sustancias.	Modelo de inestabilidad de recaída (Eherls & Frank 1998; Goodwin & Jaminson 1990).	X			X						X							Desarrollar una breve intervención psicológica dirigido a médicos sin altos niveles de experiencia con pacientes bipolares y evaluar la factibilidad del manual con 13 pacientes.
Totterdell, Kellet & Mansell (2012)	No registra	Modelo cognitivo integrador de cambios de humor y Trastorno Bipolares (Mansell et al., 2007)									X						X	Examinar si la Terapia Cognitivo Conductual dirige una mayor conciencia al cambio de humor, funcionamiento global y regulación emocional.	
Kaplan et al. (2018)	No registra	No registra	X			X					X						X	Evalúa la rutina del programa RISE - UP, en la TCC en el insomnio para pacientes Bipolares.	
Perlick et al. (2010)	El TB afecta el ambiente familiar y sus cuidadores.	No registra	X		X	X		X	X		X	X					X	Reducir los síntomas de TB con cuidadores para manejar las habilidades de manejo de enfermedades y el autocuidado.	

**Nota.** Psicoeducación (PE); Mindfulness (MF); Tolerancia a la Angustia (TA); Funcionamiento Psicosocial (FP); Habilidades Comunicativas (HC); Resolución de Problemas (RP); Regulación Emocional (RE); Higiene del Sueño (HS); Prevención de Recaídas (PR); Atención Familiar (AF); Reestructuración Cognitiva (RC); Cambios Cognitivos (CC); Detección de síntomas Tempranos (DTS); Diario de Registro (DR); Prevención de Síntomas (PS).

*Continuación Anexo B*

Estudios	Definición TB	Modelo teórico	Técnicas														Objetivos		
			PE	MF	TA	FP	HC	RP	RE	HS	PR	AF	RC	CC	DST	DR		PS	
González - Isasi et al. (2010)	No registra	Terapia Cognitiva para el Trastorno Bipolar (Lam, 1999)	X				X	X	X	X				X					Evaluar el enfoque de tratamiento y compararlo con el tratamiento usual, proporcionando como terapia grupal a pacientes con un curso de enfermedad previamente durante un periodo de seguimiento de un año.
Patelis - Siotis et al. (2001)	Es una enfermedad psiquiátrica común que tiene un impacto severo en el individuo.	No registra	X				X							X	X			Evaluar la efectividad y aceptabilidad del tratamiento estandarizado del TCC.	
Tortterdell & Kellet (2008)	No registra	Modelo de regulación para el estado de ánimo circadiano para la ciclotimia (Tortterdell & Kellet, 2008)								X					X		X	Ayudar a un paciente ciclotímico a reconocer y manejar la variabilidad del estado de ánimo para prevenir sus estados de ánimo debilitantes.	
Harvey et al. (2015)	Es un trastorno común severo y crónico.	No registra	X							X	X			X			X	Determinar si el Tratamiento Cognitivo Conductual para la Insomnia en pacientes con TB I mejora el estado de ánimo, el sueño y el funcionamiento.	

**Nota.** Psicoeducación (PE); Mindfulness (MF); Tolerancia a la Angustia (TA); Funcionamiento Psicosocial (FP); Habilidades Comunicativas (HC); Resolución de Problemas (RP); Regulación Emocional (RE); Higiene del Sueño (HS); Prevención de Recaídas (PR); Atención Familiar (AF); Reestructuración Cognitiva (RC); Cambios Cognitivos (CC); Detección de síntomas Tempranos (DTS); Diario de Registro (DR); Prevención de Síntomas (PS).

*Continuación Anexo B*

Estudios	Definición TB	Modelo teórico	Técnicas													Objetivos			
			PE	MF	TA	FP	HC	RP	RE	HS	PR	AF	RC	CC	DST		DR	PS	
Jones et al. (2008)	El TB es un crónico, recurrente severo que se caracteriza por episodios de manía y depresión.	Terapia Cognitiva para el Trastorno Bipolar (Lam, 1999)								X	X			X	X	X			Informar sobre la aplicación de un enfoque Cognitivo Conductual modificado para individuos después del primer diagnóstico de TB utilizando un enfoque de caso único. Prevenir las recaídas del Trastorno Afectivo Bipolar cuando se usa en conjunto con estabilizadores del estado de ánimo.
Lam et al. (2003)	El TB trabaja en su curso natural de frecuentes recaídas y recurrencias.	Terapia Cognitiva para el Trastorno Bipolar (Lam, 1999)								X	X					X	X		Evaluar el funcionamiento social de los pacientes y la reducción de la carga familiar.
Fiorillo et al. (2015)	No registra	Modelo de Fallon de intervención familiar psicoeducacional (1985)					X	X								X			Probar la eficacia de una intervención de psicoeducación en pacientes con TB en comparación con el tratamiento habitual.
Cardoso et al. (2014)	El TB es crónico, recurrente y se caracteriza por oscilaciones de episodios del estado del ánimo.	No registra	X						X							X			

**Nota.** Psicoeducación (PE); Mindfulness (MF); Tolerancia a la Angustia (TA); Funcionamiento Psicosocial (FP); Habilidades Comunicativas (HC); Resolución de Problemas (RP); Regulación Emocional (RE); Higiene del Sueño (HS); Prevención de Recaídas (PR); Atención Familiar (AF); Reestructuración Cognitiva (RC); Cambios Cognitivos (CC); Detección de síntomas Tempranos (DTS); Diario de Registro (DR); Prevención de Síntomas (PS).



*Continuación Anexo B*

Estudios	Definición TB	Modelo teórico	Técnicas																Objetivos	
			PE	MF	TA	FP	HC	RP	RE	HS	PR	AF	RC	CC	DST	DR	PS			
Weber et al. (2010)	No registra	No registra		X																Evaluar el Mindfulness Basado en la terapia cognitiva en pacientes con TB.
González - Isasi et al. (2014)	El TB refractario son pacientes resistentes al tratamiento y con una progresión de la enfermedad desfavorable.	Terapia Cognitiva para el Trastorno Bipolar (Lam, 1999)	X	X			X	X		X				X				X		Evaluar un estudio de seguimiento de 5 años de tratamiento combinado (TCC y usual) en pacientes con TB refractario.
Madigan et al. (2012)	El TB es un problema de salud pública que mejora con medicación, pero debilita la calidad de vida.	Guía trastorno Bipolar (Miklowitz, 2002)	X											X						Demostrar que la Intervención Focalizada al grupo multifamiliar disminuye la carga de los cuidadores y aumenta el conocimiento de la enfermedad.
Perich et al. (2013)	No registra	(Segal, Williams, et al., 2002)		X																Examinar el impacto de la práctica de la Terapia del Mindfulness Basado en la Terapia Cognitiva.

**Nota.** Psicoeducación (PE); Mindfulness (MF); Tolerancia a la Angustia (TA); Funcionamiento Psicosocial (FP); Habilidades Comunicativas (HC); Resolución de Problemas (RP); Regulación Emocional (RE); Higiene del Sueño (HS); Prevención de Recaídas (PR); Atención Familiar (AF); Reestructuración Cognitiva (RC); Cambios Cognitivos (CC); Detección de síntomas Tempranos (DTS); Diario de Registro (DR); Prevención de Síntomas (PS).

*Continuación Anexo B*

Estudios	Definición TB	Modelo teórico	Técnicas															Objetivos	
			PE	MF	TA	FP	HC	RP	RE	HS	PR	AF	RC	CC	DST	DR	PS		
Hubbard et al. (2016)	Es una enfermedad crónica y recurrente se caracteriza por fluctuaciones del humor extremas.	No registra	X			X					X		X			X	X	X	Evaluar la eficacia de una breve intervención psicoeducativa a cuidadores de pacientes con TB.
Van Dijk et al. (2013)	Es una afección altamente recurrente e incapacitante.	Manual de entrenamiento de habilidades grupales (Linehan, 1993)	X		X	X				X	X					X			Evaluar la viabilidad y efectividad de un grupo de pacientes bipolares en un grupo psicoeducativo.
Perich et al. (2012)	No registra	Mindfulness Basada en la Terapia Cognitiva para la Depresión (2002).	X	X								X							Comparar la Terapia Cognitiva basada en la atención plena con el tratamiento Habitual. Describir el resultado asociado con la intervención psicoeducativa.
Bernhard et al. (2006)	Es una enfermedad crónica caracterizada por alternancias de eutimia y recurrencias.	No registra	X						X			X	X	X		X		X	Describir el resultado asociado con la intervención psicoeducativa.
Gumus, Buzlu y Caki (2015)	Es una enfermedad recurrente que impacta negativamente la vida. El TB es una enfermedad mental grave caracterizada por episodios frecuentes de manía y depresión.	No registra	X				X	X								X			Determinar la efectividad del programa de psicoeducación individual.
Gomes et al. (2011)	Es una enfermedad recurrente que impacta negativamente la vida. El TB es una enfermedad mental grave caracterizada por episodios frecuentes de manía y depresión.	No registra	X				X	X			X		X	X					Evaluar la efectividad de la Terapia Cognitiva Conductual Grupal para prevenir la recurrencia de episodios en pacientes con TB.

**Nota.** Psicoeducación (PE); Mindfulness (MF); Tolerancia a la Angustia (TA); Funcionamiento Psicosocial (FP); Habilidades Comunicativas (HC); Resolución de Problemas (RP); Regulación Emocional (RE); Higiene del Sueño (HS); Prevención de Recaídas (PR); Atención Familiar (AF); Reestructuración Cognitiva (RC); Cambios Cognitivos (CC); Detección de síntomas Tempranos (DTS); Diario de Registro (DR); Prevención de Síntomas (P)

